

# **Relatório de Atividades Assistenciais**

**Contrato de Gestão nº 408/2024**

**Unidades de Saúde da Rede Assistencial:**

UBS Alto da Ponte

UBS Altos de Santana

UBS Jardim Telespark

UBS Santana

**São José dos Campos**

**Dezembro  
2025**

## **PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**



**Diretor do Departamento de Atenção Primária à Saúde**

Pedro Santiago

**Secretário de Saúde**

George Zenha

## **CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS “DR. JOÃO AMORIM”**



**Diretor De Desenvolvimento Institucional**

Mário Santoro Júnior

**Diretor Técnico**

Renato Tardelli

**Gerente Técnico Regional**

Thalita Ruiz Lemos da Rocha

**SUMÁRIO**

<b>HISTÓRICO E PERfil INSTITUCIONAL.....</b>	<b>4</b>
<b>ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES.....</b>	<b>7</b>
<b>AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....</b>	<b>7</b>
<b>FORÇA DE TRABALHO.....</b>	<b>9</b>
<b>INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL.....</b>	<b>11</b>
<b>INDICADORES DE PRODUÇÃO.....</b>	<b>38</b>
<b>INDICADORES DE GESTÃO (NPS).....</b>	<b>59</b>
<b>MELHORIAS IMPLANTADAS EM PROCESSOS ASSISTENCIAIS.....</b>	<b>63</b>
<b>TREINAMENTOS, CAPACITAÇÕES E AÇÕES EM SAÚDE.....</b>	<b>68</b>
<b>COMISSÕES.....</b>	<b>101</b>
<b>MANUTENÇÃO.....</b>	<b>111</b>
<b>PATRIMÔNIO.....</b>	<b>126</b>
<b>ABASTECIMENTO.....</b>	<b>126</b>

## HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL

### **Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim**

O Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 20 de Dezembro de 1991 por um grupo de médicos, advogados e profissionais de saúde do Hospital Pérola Byington - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil – CRSMNADI para dar apoio àquela Instituição.

Seu nome é uma homenagem ao Dr. João Amorim, médico obstetra, um dos seus fundadores e 1º Diretor Clínico do Hospital Pérola Byington, com ampla experiência na administração em saúde.

**Com o lema “Prevenir é Viver com Qualidade”, é qualificado como Organização Social (OSS)** em vários municípios com reconhecida experiência na gestão de serviços de saúde, atuando por meio de contratos de gestão e convênios em parceria com o Poder Público.

Atualmente, o CEJAM conta com mais de 120 serviços e programas de saúde nos municípios de São Paulo, Mogi das Cruzes, Rio de Janeiro, Peruíbe e Campinas, sendo uma Instituição de excelência no apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **Visão**

"Ser a melhor instituição nacional na gestão de saúde populacional".

#### **Missão**

"Ser instrumento transformador da vida das pessoas por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde".

#### **Valores**

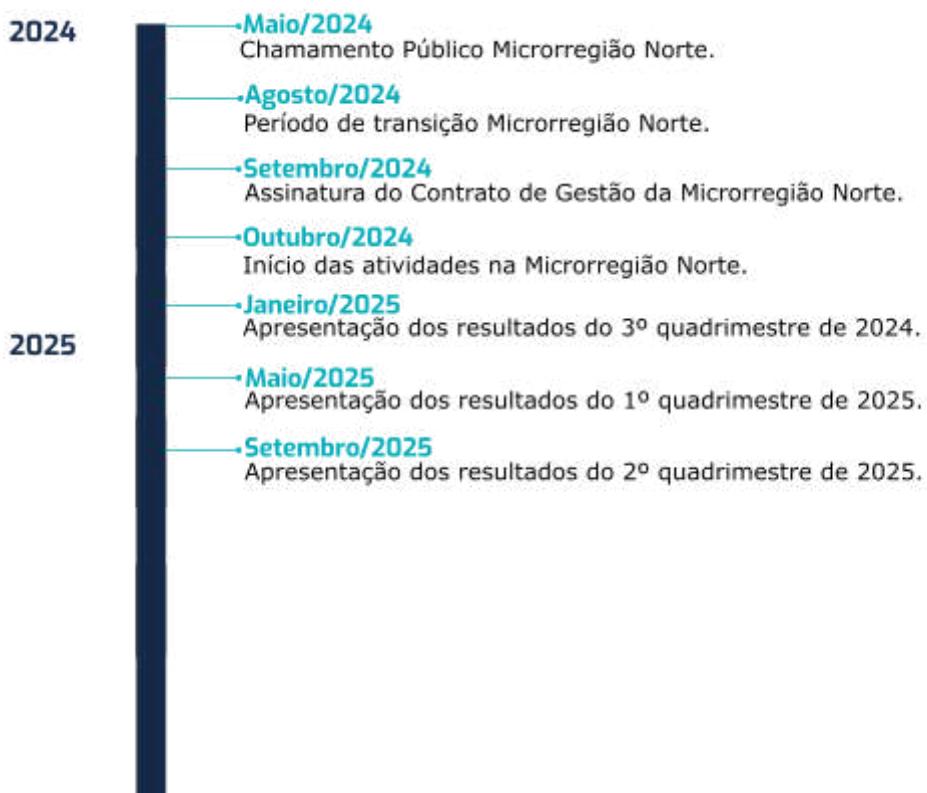
- Valorizamos a vida;
- Estimulamos a cidadania;
- Somos éticos;
- Trabalhamos com transparência;
- Agimos com responsabilidade social;
- Somos inovadores;
- Qualificamos a gestão.

## Pilares Estratégicos

- Humanização;
- Atenção à Saúde;
- Equipe Multidisciplinar;
- Geração e Disseminação de Conhecimento;
- Tecnologia da Informação;
- Ecossistema em Saúde.

## Linha do Tempo

A linha do tempo do CEJAM e São José dos Campos destaca os principais marcos da gestão da Microrregião Norte em 2024. O cronograma inclui desde o chamamento público em Maio/24 até o início efetivo das atividades e as apresentações das prestações de contas. Durante esse período, ocorreu a transição administrativa e a assinatura do contrato de gestão, evidenciando o planejamento e a organização para a implementação dos serviços de saúde na região.



## Estrutura Organizacional

A estrutura organizacional da Atenção Primária à Saúde é fundamental para garantir um atendimento acessível, contínuo e resolutivo à população. A imagem a seguir apresenta a organização desse nível de atenção, destacando a distribuição de equipes, serviços e recursos que atuam na promoção, prevenção e cuidado integral à saúde da comunidade.

## Gestão da Rede Assistencial do Contrato de Gestão nº 408 /2024

Em 1º de Dezembro de 2024, teve início o Contrato de Gestão nº 408/2024, firmado com o **Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim – CEJAM**, uma Organização Social de Saúde (OSS) qualificada no município de **São José dos Campos**. O contrato tem como objetivo a **implantação e o gerenciamento técnico** das unidades de saúde listadas, garantindo a administração, gerenciamento e operacionalização das atividades das **Unidades Básicas de Saúde (UBS)** da rede assistencial.

A execução deste contrato está alinhada com as **Políticas de Saúde do SUS** e as diretrizes da **Secretaria Municipal de Saúde (SMS)**, conforme plano de trabalho aprovado.

### Unidades contempladas e seus endereços:

- **UBS Alto da Ponte**
  - 📍 Rua Alziró Lebrão, SN - Alto da Ponte, São José dos Campos - SP, 12213-360
  - ◆ CNES: 0009407
- **UBS Altos de Santana**
  - 📍 Avenida Alto do Rio Doce, 1566 - Altos de Santana, São José dos Campos - SP, 12214-010
  - ◆ CNES: 3473783
- **UBS Jardim Telespark**
  - 📍 Rua Benedito Pereira Lima , 210 - Jardim Telespark, São José dos Campos - SP, 12212-700
  - ◆ CNES: 0009083
- **UBS Santana**
  - 📍 Av. Rui Barbosa, 2445 - Santana, São José dos Campos - SP, 12212-000
  - ◆ CNES: 0008990

O CEJAM, inscrito no **CNPJ nº 66.518.267/0001-83**, possui sede na **Rua Dr. Lund, 41 - Liberdade, São Paulo - SP, CEP 01513-020** e será responsável pela execução das atividades assistenciais, bem como pela conservação e manutenção dos equipamentos públicos permissionados.

## ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES

Todas as atividades realizadas na unidade são monitoradas pelos sistemas municipais (SAMS, E-SAMS, SIA TABNET) e planilhas de excel para consolidação dos dados.

## AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O processo de avaliação e acompanhamento dos serviços de saúde são realizados através de **relatório mensal, quadrimestral e anual**.

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de **01 a 31 de Dezembro de 2025** das quatro Unidades Básicas de Saúde da Microrregião Norte.

### Serviços Oferecidos

A tabela abaixo apresenta a distribuição dos serviços oferecidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de São José dos Campos, destacando a padronização da maioria dos atendimentos, como consultas médicas, administração de medicamentos, vacinação, exames laboratoriais, retirada de pontos e aferição de pressão arterial.

Serviços	UBS Alto da Ponte	UBS Altos de Santana	UBS Jardim Telespark	UBS Santana
Administração e dispensação de medicamentos	x	x	x	x
Aferição de Pressão Arterial	x	x	x	x
Atendimento odontológico	x	x	x	x
Atendimento/visitas domiciliares	x	x	x	x
Cateterismo vesical	x	x	x	x
Coleta de material para análises clínicas	x	x	x	x
Coleta de material para detecção e erros inatos do metabolismo (teste do pezinho)	x	x	x	x
Coleta de Papanicolaou	x	x	x	x
Consultas médicas, enfermagem e equipe multiprofissional	x	x	x	x
Cuidados com estomos	x	x	x	x
Grupos/PICS	x	x	x	x
Lavagem ouvido	x	x	x	x
Realização de Eletrocardiograma	x	x	x	x
Retirada de pontos	x	x	x	x
Sutura	x	x	x	x
Terapia de Reidratação Oral	x	x	x	x
Teste Imunológico de Gravidez	x	x	x	x
Testes rápidos	x	x	x	x
Tratamento de Feridas/curativo	x	x	x	x
Vacinas	x	x	x	x
Verificação de glicemia capilar	x	x	x	x
Verificação de medidas antropométricas	x	x	x	x
Verificação de temperatura	x	x	x	x
Vigilância em Saúde	x	x	x	x

## FORÇA DE TRABALHO

### Dimensionamento dos Colaboradores

A tabela abaixo apresenta o consolidado da força de trabalho prevista e efetiva, incluindo profissionais contratados sob os regimes CLT e PJ. Em seguida, é disponibilizada a relação nominal dos colaboradores em cada unidade.

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	▲	Turnover	Absenteísmo	CAT
Administrativo	Assistente Social (40h)	2	2	✓	0,00%	1,36%	0
	Auxiliar de Farmácia (40h)	3	3	✓	0,00%	1,63%	0
	Auxiliar de Saúde Bucal (40h)	10	7	↓	0,40%	2,56%	0
	Auxiliar de Serviços Gerais (40h)	8	8	✓	0,00%	14,06%	0
Assistencial	Dentista (40h)	10	11	↑	1,20%	0,35%	0
	Enfermeiro (40h)	13	16	↑	0,00%	0,12%	1
	Farmacêutico (40h)	4	4	✓	0,00%	0,00%	0
	Gerente (40h)	4	4	✓	2,41%	0,00%	0
	Jovem Aprendiz (30h)	4	3	↓	0,00%	3,86%	0
	Médico Clínico Geral (20h)	4	4	✓	0,00%	0,00%	0
	Médico Gineco-obstetra (20h)	2,5	2,5	✓	0,00%	0,00%	0
	Médico Pediatra (20h)	2	2	✓	0,00%	0,00%	0
	Médico Saúde da Família (40h)	11	11	✓	0,00%	0,00%	0
	Nutricionista (40h)	1	2	↑	0,00%	0,00%	0
	Recepcionista (44h)	12	16	↑	0,00%	0,69%	0
	Técnico de Enfermagem (40h)	30	31	↑	0,00%	14,45%	0
	Técnico de Farmácia (40h)	1	0	↓	0,40%	0,00%	0
<b>Total</b>		<b>121,5</b>	<b>124,5</b>	↑	<b>0,26%</b>	<b>2,30%</b>	<b>1</b>

O dimensionamento da equipe segue as necessidades identificadas na rede, considerando déficits, excedentes e ajustes conforme as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Segue abaixo justificativas referentes a equipe mínima:

- **UBS Santana:**

**Dentista (40h)** : Há um profissional excedente no quadro funcional, tendo em vista o afastamento de uma profissional gestante, que se encontra em extensão de licença-maternidade em razão do exercício de atividade classificada como insalubre. A medida visa assegurar a continuidade e a regularidade dos atendimentos odontológicos, bem como a manutenção da qualidade dos serviços prestados, sem comprometer a assistência à população nem a organização das atividades da equipe.

#### **Enfermeiro (40h):**

Há 1 profissional excedente. Verificamos que houve atualização da carga horária da UBS Santana no E-gestor de 30h para 20h, porém a população vinculada segundo o relatório de cadastro está acima do esperado considerando 2000 pessoas/EAP 20h. Embora o plano de trabalho tenha a previsão de 2 enfermeiros de 40 horas na unidade de Santana, a população vinculada é compatível com Rh existente (3 enfermeiros).

Vale ressaltar que, a unidade funciona às 11h e há a necessidade de cobertura de enfermagem durante todo o período, considerando férias e atestados, entre outras ausências legais, dois enfermeiros não são suficientes para cumprir as determinações acima. (Fonte: E-gestor - Relatório de Cadastros Vinculados de abril/2025)

Relatório de cadastros vinculados								
IBGE 354990								
Município: SÃO JOSE DOS CAMPOS - SP								
População estimada IBGE 2022: 697054								
Tipologia do município: Urbano								
Mostrar: 10 <input type="button" value=""/> registros por página								
Procurar: <input type="text"/>								
CNES	Establishimento	INÉ	Sigla da equipe	ABR/2025 Q1				
0008990	UBS SANTANA	0001879553	eAP-20h	3.034				
0008990	UBS SANTANA	0002048337	eAP-20h	4.306				
0008990	UBS SANTANA	0002151197	eAP-20h	3.669				
0008990	UBS SANTANA	0002355159	eAP-20h	4.853				

**Auxiliar de Saúde Bucal:** Com a contratação da terceira equipe de saúde bucal para as unidades de Santana, Altos de Santana e Alto da Ponte, foi efetivada a contratação de 3 dentistas, porém ainda encontramos dificuldades para a contratação do Auxiliar de Saúde Bucal. No mês de Dezembro, houve um pedido de demissão de um dos Auxiliares de Saúde Bucal, impactando no indicador. Somando-se hoje, temos 03 vagas para reposição e o processo seletivo encontra-se aberto para captação e contratação do profissional, porém com um desafio acentuado para conseguirmos a reposição do profissional.

**Jovem Aprendiz:** Houve o pedido de desligamento de um colaborador Jovem aprendiz na competência de Dezembro, onde estamos em processo seletivo para reposição do mesmo.

#### **UBS ALTOS DE SANTANA:**

A unidade do Altos de Santana conta atualmente com uma profissional nutricionista excedente, em razão de compensação de férias. Após o retorno, será iniciado o processo de desligamento, com previsão para a segunda quinzena de janeiro de 2026. Em relação à função de recepcionista, também há uma profissional excedente, decorrente de afastamento de outra colaboradora pelo INSS (licença médica). No momento, mantemos a falta de profissional ASB em razão da dificuldade na contratação.

#### **UBS ALTO DA PONTE:**

A unidade mantém excedente no cargo de recepcionista devido a reposição de profissional para cobertura de licença maternidade. O mesmo ocorre no cargo de enfermeiro onde consta em folha de pagamento 6 profissionais, estando 2 em afastamento por licença maternidade.

#### **UBS TELESPARK:**

A unidade mantém excedente no cargo de recepcionista devido a reposição de 02 profissionais para cobertura de licença maternidade. Também existe um profissional excedente técnico de enfermagem em licença maternidade.

### **INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL**

Os indicadores apresentados no 3º quadrimestre 2025 sofreram ajustes conforme ofício nº 113230/2024. De acordo com o documento, a meta do indicador de proporção de gestantes, puérperas e recém-nascidos acompanhados em visita domiciliar foi alterada para 80%. Além disso, foram excluídos os seguintes indicadores: Cadastro individual vinculado por equipe, Razão de solicitação de exames complementares por consulta, Índice de atendimento por condição avaliada (HAS, DM e Obesidade), Proporção de prematuridade, Taxa de internação hospitalar por queda na população com 60 e mais anos e taxa de óbitos perinatais.

Com a atualização dos relatórios nos sistemas de informação que são fontes dos indicadores, alguns valores podem se alterar ao longo do tempo tanto nos relatórios mensais quanto no quadrimestral.

Devido a indisponibilidade de alguns relatórios com as informações referentes ao mês vigente, pode haver **ausência de informações ou lacunas**. Para este mês, utilizamos para os cadastros vinculados os dados do sistema e-sams.

## Indicadores de Qualidade

### Qualidade - Microrregião Norte

A tabela a seguir apresenta os resultados da **Microrregião Norte** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Dezembro de 2025, conforme ofício nº 113230/2024**.

	SJC Microrregião Norte: 11 eSF + 4 eAP + 11 eSB	dezembro/2025			
		Meta	Indicadores	Realizado	Resultado
Municipais	Cadastro individual vinculado à equipe	-	Equipe 1	13.874	<b>53.277</b>
			Equipe 2	12.906	
			Equipe 3	12.962	
			Equipe 4	13.535	
	Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação	> 45%	Número de gestantes com ≥6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana	15	<b>57,69%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	26	
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	18	<b>69,23%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	26	
	Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	24	<b>92,31%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	26	

Cobertura de citopatológico de colo útero	$\geq 40\%$	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	7.881	<b>45,03%</b>
		Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	17.500	
Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	$\geq 95\%$	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	27	<b>77,14%</b>
		Número de crianças que completaram 1 ano no período	35	
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	$\geq 50\%$	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	5.932	<b>53,94%</b>
		Número total de hipertensos cadastrados	10.997	
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	$\geq 50\%$	Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre	2.315	<b>56,73%</b>
		Número total de diabéticos cadastrados	4.081	
Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	0	<b>dados não disponíveis</b>
		Número total de consultas médicas realizadas	0	
Acesso à primeira consulta odontológica programática	$\geq 13\%$	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas		<b>Resultado por unidade conforme ofício 109196/2024</b>
		Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe		
Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica	< 20%	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	0	<b>0,00%</b>
		Total de internações hospitalares	0	
Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	$\geq 80\%$	Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN	166	<b>68,60%</b>
		Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados	242	

<b>CEJAM</b>	Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	≥ 80%	Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos	2.093	<b>19,91%</b>
			Número de diabéticos e hipertensos cadastrados	10.514	
	Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	221	<b>98,22%</b>
			Número total de profissionais cadastrados	225	
	Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	0	<b>5</b>
			Quase Erro (Near Miss)	0	
			Não Conformidade	3	
			Incidente sem dano	1	
			Incidente com dano Grau I (leve)	0	
			Incidente com dano Grau II (moderado)	0	
			Incidente com dano Grau III (grave)	1	
			Incidente com dano Grau IV (óbito)	0	
CEJAM	Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo	N/A	Administrativo	2	<b>5</b>
			Assistencial	3	
CEJAM	Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)	≥ 85%	Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção	169	<b>88,02%</b>
			Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	192	
CEJAM	Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	≥ 40%	Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	4.812	<b>35,79%</b>
			Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	13.446	

Prevalência de hipertensos no território	$\geq 80\%$	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	11.060	<b>102,33%</b>
		Número esperado de hipertensos na população cadastrada	10.809	
Prevalência de diabéticos no território	$\geq 80\%$	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	4.098	<b>110,36%</b>
		Número esperado de diabéticos na população cadastrada	3.713	

#### Análise crítica e descrição dos métodos de cálculo:

Para os indicadores supracitados que estão abaixo da meta vide as justificativas por serviço.

**Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação, Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV e Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado:** para estes indicadores apresentamos neste relatório resultados a partir de relatórios disponíveis no sistema e-sams.

**Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente:** para este indicador apresentamos neste relatório resultados a partir de relatórios disponíveis no sistema e-sams.

**Cobertura de citopatológico:** para esta prestação de contas foi utilizado o relatório de saúde da mulher disponibilizado pelo sistema e-sams conforme a população alvo do indicador.

**Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre:** para esta prestação de contas foi utilizado o relatório de pessoas com hipertensão disponibilizado pelo sistema e-sams. Ao longo dos meses utilizaremos o relatório como importante instrumento de busca ativa e monitoramento por parte das equipes para condições crônicas.

**Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre:** para esta prestação de contas foi utilizado o relatório de pessoas com diabetes do e-sams que já está customizado com a consulta e a solicitação de hemoglobina glicada. Ao longo dos meses utilizaremos o relatório como importante instrumento de busca ativa e monitoramento por parte das equipes.

**Acesso à primeira consulta odontológica programática:** teve como parâmetro o ofício nº 109196/24, que considera a necessidade de contemplar na agenda 56 atendimentos de primeira consulta odontológica programática, a meta é estabelecida por unidade.

**Proporção de encaminhamentos para serviço especializado:** foi estabelecido um fluxo mensal de envio das informações para a gerência das unidades, a microrregião norte esteve dentro do esperado.

**Indicadores - TABNET municipal:** ainda que os resultados não estejam disponibilizados no mês vigente, sinalizamos nas justificativas das unidades os resultados que foram atualizados dos meses anteriores.

**Proporção de internações por doenças preveníveis na atenção básica:** Dados não disponíveis.

**Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS) e Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS):** o método de cálculo permanece o mesmo dos meses anteriores, ambos com meta de 80%. Aguardando a contratação de ACS pela SMS.

**Notificações de Incidentes relacionados a assistência por classificação de dano (circunstância de risco, quase erro, sem dano, com dano leve, moderado, grave ou óbito):** este indicador pode sofrer alterações após a análise e tratativa das notificações pela comissão, visto que trata-se de uma pré classificação e as equipes estão em fase de aprendizado do processo de notificação e análise dos incidentes. Não há definição de meta já que se trata de cultura de segurança do paciente, sem função punitiva.

**Notificações de Incidentes relacionados a assistência por tipo (administrativa, assistencial, entre outros):** foram identificadas notificações sem a classificação por tipo. As unidades seguem com a sensibilização da equipe para a notificação de incidentes e o preenchimento adequado da informação.

**Percentual de conformidade obtido nas avaliações realizadas em visitas técnicas do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica):** Realizadas adequações apontadas no segundo relatório de visita técnica realizada em Março/25. A terceira visita técnica foi realizada no mês de julho/25 e em dezembro/25 as unidades passaram por um novo período de avaliação para monitoramento das metas estabelecidas passando a realizar de forma autônoma. Segue abaixo o cronograma de atuação:

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS DR. JOÃO DE AMORIM**
**CRONOGRAMA DE AÇÕES SCIRAS - SÃO JOSÉ - 2025**

Treinamento	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Planejamento e alinhamento de agenda para as visitas	X														
Visita diagnóstica		X													
Planejamento das ações			X												
Nomeação CCIRAS local, regimento e cronograma de reuniões				X											
Programa de Controle de Infecção (PCI)					X										
Rotinas e documentos Comissão de Controle de Infecção Relacionado à Assistência à Saúde (CCIRAS)						X									
Rotinas e Treinamento Central de Material Esterilizado (CME)				X											
Rotinas e Treinamento limpeza ambiental			X												
Treinamento Higienização das Mão (HM)			X												
Reavaliação do indicador				X				X			X				X
Auditórias e Visitas Técnicas					X			X			X	X	X	X	
Indicadores de acompanhamento CCIRAS															X
Critérios de IRAS / Fechamento de indicadores e Planos de ação									X						

**Percentual de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos:** para esta prestação de contas foi utilizado o relatório de saúde da mulher disponibilizado pelo sistema e-sams conforme a população alvo do indicador.

**Prevalência de pessoas com hipertensão no território:** para o cálculo deste indicador consideramos:

Numerador: Pessoas com hipertensão apontadas no relatório de pessoas com hipertensão do e-sams.

Denominador: população de HAS (26,4%) esperado pelo Vigitel, a partir da população acima de 18 anos, para a classificação da idade foi utilizado o relatório do TABNET.

**Prevalência de pessoas com diabetes no território:** desde junho/2025 está sendo utilizado o relatório de pessoas com diabetes do sistema e-SAMS, conforme acordado em reunião com DAPRIS.

Numerador: Pessoas com diabetes apontados no relatório de pessoas com hipertensão do e-sams.

Denominador: população de DM (9,08%) esperado pelo Vigitel, a partir da população acima de 18 anos, para a classificação da idade foi utilizado o relatório do TABNET.

### Qualidade - UBS Alto da Ponte

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Alto da Ponte** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Dezembro de 2025**.

	<b>UBS Alto da Ponte: 4 eSF + 3 eSB</b>	<b>dezembro/2025</b>			
		<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Realizado</b>	<b>Resultado</b>
Municipais	Cadastro individual vinculado à equipe	-	Equipe 1	3.526	<b>13.134</b>
			Equipe 2	3.755	
			Equipe 3	3.140	
			Equipe 4	2.713	
	Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação	> 45%	Número de gestantes com ≥6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana	6	<b>75,00%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	8	
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	5	<b>62,50%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	8	
	Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	7	<b>87,50%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	8	
	Cobertura de citopatológico de colo útero	≥ 40%	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	1.377	<b>33,12%</b>
			Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	4.158	

	Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	$\geq 95\%$	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	8	<b>80,00%</b>
			Número de crianças que completaram 1 ano no período	10	
	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	$\geq 50\%$	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	1.553	<b>58,45%</b>
			Número total de hipertensos cadastrados	2.657	
	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	$\geq 50\%$	Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre	631	<b>64,78%</b>
			Número total de diabéticos cadastrados	974	
	Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	0	<b>0,00%</b>
			Número total de consultas médicas realizadas	0	
	Acesso à primeira consulta odontológica programática	$\geq 16,5\%$	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	129	<b>12,68%</b>
			Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	1.017	
	Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica	< 20%	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	0	<b>dados não disponíveis</b>
			Total de internações hospitalares	0	
	Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	$\geq 80\%$	Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN	57	<b>67,86%</b>
			Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados	84	
	Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	$\geq 80\%$	Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos	683	<b>18,81%</b>
			Número de diabéticos e hipertensos cadastrados	3.631	
	Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	48	<b>100,00%</b>
			Número total de profissionais cadastrados	48	

<b>CEJAM</b>	Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	0	<b>1</b>
			Quase Erro (Near Miss)	0	
			Não Conformidade	1	
			Incidente sem dano	0	
			Incidente com dano Grau I (leve)	0	
			Incidente com dano Grau II (moderado)	0	
			Incidente com dano Grau III (grave)	0	
			Incidente com dano Grau IV (óbito)	0	
<b>CEJAM</b>	Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo	N/A	Administrativo	0	<b>1</b>
			Assistencial	1	
			Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção	41	
			Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	48	
			Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	773	
			Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	2.747	
			Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	2.649	
			Número esperado de hipertensos na população cadastrada	2.392	
<b>CEJAM</b>	Prevalência de diabéticos no território	$\geq 80\%$	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	971	<b>118,16%</b>
			Número esperado de diabéticos na população cadastrada	822	

**Cobertura de citopatológico de colo útero:** Houve reposição de uma enfermeira em 08/12/2025 e afastamento de outra profissional para férias a partir de 15/12/2025. Considerando a indisponibilidade de agenda nesse período, somada ao recesso nos dias 24, 25, 26 e 31 de dezembro, observou-se impacto direto na oferta de atendimentos, o que contribuiu para o não atingimento da meta estabelecida, mantendo resultado semelhante ao registrado no mês de novembro. Como medida de adequação, foi implementada a ampliação da livre demanda, já em funcionamento a partir da segunda quinzena de janeiro, sendo ofertada em período integral durante todo o horário de funcionamento da UBS.

**Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente:** Das 10 crianças com previsão de completar 12 meses em dezembro, 2 não completaram o calendário vacinal. Foi realizada busca ativa pelos Agentes Comunitários de Saúde responsáveis pelo território, com programação para resolução das pendências ainda na primeira quinzena de janeiro.

**Acesso à primeira consulta odontológica programática:** Houve falha no equipamento odontológico, comprometendo a assistência das profissionais em um dia de atendimento, situação que foi prontamente solucionada pela equipe de manutenção. Além disso, houve bloqueio de agenda nos dias 24, 25, 26 e 31. Ainda assim, o resultado alcançado foi de 12,68%, que, embora abaixo da meta estabelecida de 16,5%, manteve desempenho próximo ao esperado para o período.

**Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica:** Consulta realizada em 06/01/2026 no tabnet e informação da unidade Alto da Ponte não está disponível.

**Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS):** Em dezembro, houve redução dos dias úteis em razão do recesso, além de intercorrências relacionadas à atestados, treinamentos e férias. Mesmo com atuação em regime de revezamento e compensação de horas, houve impacto na realização das visitas domiciliares, contribuindo para o não atingimento da meta no período devido ao déficit de profissionais no período avaliado. Do total de 16 profissionais previstos, uma profissional encontra-se em licença-maternidade sem reposição. Soma-se a esse cenário o afastamento de três profissionais em período de férias, o registro de 152 horas de afastamentos por atestado, a participação em treinamentos institucionais e o apoio prestado ao CCZ nas ações de enfrentamento à dengue. Esses fatores, de forma conjunta, reduziram a capacidade operacional da unidade ao longo do mês.

**Proporção de pessoas com diabetes e pessoas com hipertensão acompanhados em visita**

**domiciliar (ACS):** Em dezembro, houve redução dos dias úteis em razão do recesso, além de intercorrências relacionadas à atestados, treinamentos e férias. Mesmo com atuação em regime de revezamento e compensação de horas, houve impacto na realização das visitas domiciliares, contribuindo para o não atingimento da meta no período.

Do total de 16 profissionais previstos, uma profissional encontra-se em licença-maternidade sem reposição. Soma-se a esse cenário o afastamento de três profissionais em período de férias, o registro de 152 horas de afastamentos por atestado, a participação em treinamentos institucionais e o apoio prestado ao CCZ nas ações de enfrentamento à dengue. Esses fatores, de forma conjunta, reduziram a capacidade operacional da unidade ao longo do mês.

**Notificações de Incidentes relacionados a assistência por classificação de dano (circunstância de risco, quase erro, sem dano, com dano leve, moderado, grave ou óbito):** No período, foi registrada uma notificação relacionada a não conformidade do uso de EPI no setor de CME.

**Notificações de Incidentes relacionados a assistência por tipo (administrativa, assistencial, entre outros):** Não há definição de meta já que se trata de cultura de segurança do paciente, sem função punitiva.

**Percentual de conformidade obtido nas avaliações realizadas em visitas técnicas do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica):** Em relação à última visita de avaliação, houve melhora e a unidade alcançou 85,42%.

**Percentual de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos:** Em dezembro, houve reposição de uma enfermeira em 08/12/2025 e afastamento de outra profissional por férias a partir de 15/12/2025, ocasionando indisponibilidade exclusivamente na agenda de enfermagem. Soma-se a isso o fechamento da agenda médica durante o recesso do período, o que impactou a oferta de atendimentos e contribuiu para o não atingimento da meta estabelecida, mantendo desempenho semelhante ao observado no mês de novembro.

Como plano de ação, será implantado o monitoramento semanal dos encaminhamentos, com o objetivo de fortalecer o acompanhamento do indicador e avaliar a efetividade das buscas ativas realizadas pelas equipes.

## Qualidade - UBS Altos de Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Altos de Santana** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Dezembro de 2025**.

	<b>UBS Altos de Santana: 4 eSF + 3 eSB</b>	<b>dezembro/2025</b>			
		<b>Meta</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Realizado</b>	<b>Resultado</b>
Municipais	Cadastro individual vinculado à equipe	-	Equipe 1	3.330	<b>15.198</b>
			Equipe 2	3.446	
			Equipe 3	4.577	
			Equipe 4	3.845	
	Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação	> 45%	Número de gestantes com ≥6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana	2	<b>66,67%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	3	
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	2	<b>66,67%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	3	
	Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	3	<b>100,00%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	3	
	Cobertura de citopatológico de colo útero	≥ 40%	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	1.520	<b>30,05%</b>
			Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	5.059	
	Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	≥ 95%	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	3	<b>60,00%</b>
			Número de crianças que completaram 1 ano no período	5	
	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	≥ 50%	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	1.453	<b>53,87%</b>
			Número total de hipertensos cadastrados	2.697	

<b>CEJAM</b>	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	$\geq 50\%$	Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre	703	<b>64,03%</b>
			Número total de diabéticos cadastrados	1.098	
	Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	0	<b>dados não disponíveis</b>
			Número total de consultas médicas realizadas	0	
	Acesso à primeira consulta odontológica programática	$\geq 13\%$	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	146	<b>13,39%</b>
			Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	1.090	
	Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica	< 20%	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	0	<b>dados não disponíveis</b>
			Total de internações hospitalares	0	
	Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	$\geq 80\%$	Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN	88	<b>117,33%</b>
			Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados	75	
	Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	$\geq 80\%$	Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos	985	<b>25,96%</b>
			Número de diabéticos e hipertensos cadastrados	3.795	
	Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	43	<b>97,73%</b>
			Número total de profissionais cadastrados	44	
	Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	0	<b>1</b>
			Quase Erro (Near Miss)	0	
			Não Conformidade	0	
			Incidente sem dano	0	
			Incidente com dano Grau I (leve)	0	

			Incidente com dano Grau II (moderado)	0	
			Incidente com dano Grau III (grave)	1	
			Incidente com dano Grau IV (óbito)	0	
Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo	N/A	Administrativo	0		<b>1</b>
		Assistencial	1		
Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)	$\geq 85\%$	Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção	41		<b>85,42%</b>
		Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	48		
Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	$\geq 40\%$	Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	1.020		<b>30,40%</b>
		Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	3.355		
Prevalência de hipertensos no território	$\geq 80\%$	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	2.689		<b>103,21%</b>
		Número esperado de hipertensos na população cadastrada	2.605		
Prevalência de diabéticos no território	$\geq 80\%$	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	1.095		<b>122,33%</b>
		Número esperado de diabéticos na população cadastrada	895		

**Cobertura de citopatológico:** No mês de dezembro, mantivemos o indicador abaixo da meta estabelecida. Como ações para melhoria, implementamos um dia de livre demanda, mantivemos agendamentos disponíveis ao longo de toda a semana e, em todas as sextas-feiras do mês, designamos uma equipe responsável pela realização de busca ativa das pacientes que se enquadram nos critérios definidos. Além disso, reforçamos a motivação da equipe para a continuidade das buscas e o acompanhamento dessas mulheres. Para o mês de janeiro de 2026, planejamos ampliar

o exame preventivo em regime de livre demanda durante toda a semana, com o objetivo de aumentar o alcance das mulheres contempladas neste indicador e, consequentemente, melhorar os resultados.

**Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente-** No mês de dezembro de 2025, duas crianças constam no relatório do e-SAMS como não vacinadas. Uma delas mudou de município antes de concluir o esquema vacinal. A outra criança realizou as doses com a vacina hexavalente, estando todo o esquema devidamente registrado no sistema.

**Proporção de encaminhamentos para serviço especializado:** dados não disponíveis.

**Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica:** Para este indicador, o último resultado disponibilizado é de outubro/2025, seguimos dentro da meta esperada com 5,71%. Os dados ainda não estão disponíveis em 06/01/2026.

**Proporção de pessoas com diabetes e hipertensão acompanhadas em visita domiciliar (ACS):** Atualmente, contamos com duas profissionais readaptadas em 100% de suas funções e duas profissionais com condições de trabalho diferenciadas, conforme orientação do médico do trabalho. No período avaliado, houve afastamento por férias de uma servidora, além dos feriados de Natal e Ano Novo, com fechamento da unidade nos períodos de 24 a 28/12 e de 31/12 a 04/01/2026. Também ocorreram ausências em função de participação em cursos, palestras e ações externas à unidade. Para a melhoria do indicador, adotaremos as seguintes estratégias: realização de reunião mensal com toda a equipe multiprofissional; divisão das equipes para otimizar a execução das ações; reuniões semanais com cada equipe, com foco no monitoramento dos atendimentos aos grupos prioritários; e reunião geral mensal para ajustes e alinhamentos dos fluxos de trabalho. Além disso, aguardamos a contratação de novos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), o que contribuirá para o fortalecimento das ações desenvolvidas no território.

**Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES-** Foi solicitada a exclusão de um colaborador em 05/01/2026.

**Notificações de Incidentes relacionados a assistência por classificação de dano (circunstância de risco, quase erro, sem dano, com dano leve, moderado, grave ou óbito):** Durante o mês de Dezembro, registramos uma ocorrência de evento adverso e a equipe pode aprender a identificar suas causas, rever processos e adotar medidas para evitar que situações semelhantes aconteçam novamente. Continuamos promovendo ações de conscientização com toda a

equipe, destacando a relevância da notificação desses eventos para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente. Nossa compromisso é estimular o envolvimento de todos nesse processo, garantindo um cuidado cada vez mais seguro e de excelência.

**Percentual de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos:** Como estratégia de melhoria, iremos alterar o fluxo para atendimento em livre demanda, associado à realização do exame preventivo. Além disso, a equipe multiprofissional será orientada a abordar, em todas as consultas, sobre a data da última realização do exame e, quando necessário, efetuar a solicitação no próprio atendimento.

### Qualidade - UBS Jardim Telespark

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Jardim Telespark** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Dezembro de 2025**.

		dezembro/2025			
UBS Telespark: 3 eSF + 1 eSB		Meta	Indicadores	Realizado	Resultado
<b>Municipais</b>	Cadastro individual vinculado à equipe	-	Equipe 1	3.219	<b>10.650</b>
			Equipe 2	3.402	
			Equipe 3	4.029	
	Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação	> 45%	Número de gestantes com ≥6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana	7	<b>77,78%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	9	
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	9	<b>100,00%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	9	
	Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	9	<b>100,00%</b>
			Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	9	
	Cobertura de citopatológico de colo útero	≥ 40%	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	1.221	<b>30,72%</b>

		Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	3.975	
Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	$\geq 95\%$	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	3	<b>100,00%</b>
		Número de crianças que completaram 1 ano no período	3	
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	$\geq 50\%$	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	1.287	<b>58,05%</b>
		Número total de hipertensos cadastrados	2.217	
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	$\geq 50\%$	Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre	641	<b>73,59%</b>
		Número total de diabéticos cadastrados	871	
Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	0	<b>dados não disponíveis</b>
		Número total de consultas médicas realizadas	0	
Acesso à primeira consulta odontológica programática	$\geq 5,5\%$	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	19	<b>1,87%</b>
		Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	1.018	
Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica	< 20%	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	0	<b>dados não disponíveis</b>
		Total de internações hospitalares	0	
Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	$\geq 80\%$	Número de visitas domiciliares realizadas a gestantes, puérperas e RN	21	<b>25,30%</b>
		Número de gestantes, puérperas e RN cadastrados	83	
Proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados em visita domiciliar (ACS)	$\geq 80\%$	Número de visitas domiciliares realizadas a diabéticos e hipertensos	425	<b>13,76%</b>
		Número de diabéticos e hipertensos cadastrados	3.088	
Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	73	<b>100,00%</b>
		Número total de profissionais cadastrados	73	

<b>CEJAM</b>	Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	0	<b>1</b>
			Quase Erro (Near Miss)	0	
			Não Conformidade	0	
			Incidente sem dano	1	
			Incidente com dano Grau I (leve)	0	
			Incidente com dano Grau II (moderado)	0	
			Incidente com dano Grau III (grave)	0	
			Incidente com dano Grau IV (óbito)	0	
	Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo	N/A	Administrativo	1	<b>1</b>
			Assistencial	0	
	Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)	$\geq 85\%$	Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção	43	<b>89,58%</b>
			Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	48	
	Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	$\geq 40\%$	Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	760	<b>29,12%</b>
			Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	2.610	
	Prevalência de hipertensos no território	$\geq 80\%$	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	2.296	<b>93,39%</b>
			Número esperado de hipertensos na população cadastrada	2.459	
	Prevalência de diabéticos no território	$\geq 80\%$	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	894	<b>105,85%</b>
			Número esperado de diabéticos na população cadastrada	845	



**Cobertura de citopatológico:** A unidade apresentou cobertura de 30,72%, mantendo-se aquém da meta pactuada. Tal resultado ocorreu apesar da realização de estratégias de busca ativa, incluindo atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e contatos telefônicos direcionados, bem como da realização de ações educativas em salas de espera, com orientações sobre a relevância do rastreamento do câncer do colo do útero junto às mulheres na faixa etária preconizada (25 a 64 anos), conforme listagem extraída do sistema E-SAMS. As agendas permanecem abertas, com suporte da equipe médica para a realização da coleta por demanda espontânea. As equipes permanecem mobilizadas em busca de aprimoramento contínuo.

**Proporção de encaminhamentos para serviços especializados:** Dados referente dezembro de 2025, não foram disponibilizados pela SMS.

**Acesso a primeira consulta odontológica programática:** No mês de dezembro, a unidade apresentou resultado aquém da meta pactuada, considerando a existência de dezenove dias úteis e a realização de apenas dois grupos de acesso à saúde bucal no período. Ademais, observa-se saturação da agenda em decorrência da elevada demanda, com ingresso médio de 56 pacientes por mês, associada ao tempo necessário para a conclusão do fluxo de atendimento e liberação de vagas.

**Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica:** Dados não disponíveis referente ao mês de Dezembro de 2025. Ressaltamos que em 02/12/2025, houve atualização do relatório referente à Outubro/2025, o qual a meta manteve-se dentro do estabelecido.

**Proporção de gestantes, puérperas e recém nascidos acompanhados em visita domiciliar (ACS):** A unidade atingiu 13,76%. Foram realizadas tentativas de visita domiciliar (VD) para esse grupo prioritário. Destas, 21 foram bem-sucedidas entre gestantes, puérperas e recém-nascidos. As outras 62 foram classificadas como: ausências, abortos espontâneos ou pacientes fora da área de abrangência.

**Proporção de pessoas com diabetes e pessoas com hipertensão acompanhadas em visita domiciliar (ACS):** Em dezembro, o desempenho assistencial esteve abaixo dos parâmetros estabelecidos, em decorrência de férias de três ACS e da redução dos dias úteis para 17, devido às festividades e feriados prolongados. Considerando os 3.190 usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, seriam necessárias aproximadamente 2.550 visitas mensais para

garantir a cobertura mínima de acompanhamento longitudinal, evidenciando sobrecarga da equipe frente à demanda. O acesso restrito à área rural também impacta a produtividade dos ACS, sendo parcialmente mitigado pelas ações comunitárias promovidas pela UBS, que permitem atendimento no território.

**Notificações de Incidentes relacionados a assistência por classificação de dano (circunstância de risco, quase erro, sem dano, com dano leve, moderado, grave ou óbito):**

Foi realizada uma notificação. Nas reuniões multidisciplinares e da Comissão de Segurança do Paciente, as notificações serão discutidas e, posteriormente, as questões pertinentes serão disseminadas a toda a equipe, visando à melhoria contínua dos processos.

**Notificações de Incidentes relacionados a assistência por tipo (administrativa, assistencial, entre outros):** No mês de Dezembro , 100% das notificações foram classificadas como administrativa.

**Percentual de mulheres na faixa etária preconizada com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos:** A unidade atingiu 29,12% de cobertura, permanecendo abaixo da meta estabelecida. Esse resultado foi registrado mesmo com a execução de estratégias de busca ativa, envolvendo a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), contatos telefônicos direcionados e ações educativas em salas de espera, voltadas à conscientização sobre a importância do rastreamento do câncer de colo do útero em mulheres na faixa etária de 40 a 69 anos, conforme listagem obtida no sistema E-SAMS. As equipes seguem engajadas em prol de melhorias contínuas.

### Qualidade - UBS Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Santana** nos Indicadores de Desempenho e Qualidade para **Dezembro de 2025**.

	UBS Santana: 4 eAP + 3 eSB	dezembro/2025			
		Meta	Indicadores	Realizado	Resultado
Municipais			Equipe 1	3.799	
	Cadastro individual vinculado à equipe	-	Equipe 2	2.303	
			Equipe 3	1.216	<b>14.295</b>

		<b>Equipe 4</b>	6.977	
Proporção de gestantes com, pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação	> 45%	Número de gestantes com ≥6 consultas de pré-natal, sendo a 1ª até a 12ª semana	0	<b>0,00%</b>
		Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	6	
Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram exames para sífilis e HIV	2	<b>33,33%</b>
		Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	6	
Proporção de gestante com atendimento odontológico realizado	≥ 60%	Número de gestantes que realizaram atendimento odontológico	5	<b>83,33%</b>
		Número de gestantes com data provável do parto (DPP) no período	6	
Cobertura de citopatológico de colo útero	≥ 40%	Número de mulheres (25-64 anos) com citopatológico realizado nos últimos 3 anos	2.837	<b>65,85%</b>
		Número total de mulheres (25-64 anos) cadastradas	4.308	
Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente	≥ 95%	Número de crianças com 3 doses de pólio inativada e pentavalente aos 12 meses	13	<b>76,47%</b>
		Número de crianças que completaram 1 ano no período	17	
Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão aferida no semestre	≥ 50%	Número de pessoas hipertensas com consulta e PA aferida no semestre	1.635	<b>47,72%</b>
		Número total de hipertensos cadastrados	3.426	
Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre	≥ 50%	Número de pessoas com diabetes com consulta e solicitação de HbA1C no semestre	336	<b>29,53%</b>
		Número total de diabéticos cadastrados	1.138	
Proporção de encaminhamentos para serviço especializado	< 20%	Número de encaminhamentos médicos realizados	0	<b>dados não disponíveis</b>
		Número total de consultas médicas realizadas	0	
Acesso à primeira consulta odontológica programática	≥ 13%	Número de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas	61	<b>4,72%</b>
		Número de pessoas cadastradas e vinculadas a uma equipe	1.292	

<b>CEJAM</b>	Proporção de internações por doenças preveníveis na Atenção Básica	< 20%	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	0	<b>dados não disponíveis</b>
			Total de internações hospitalares	0	
	Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES	100%	Número de profissionais com cadastro atualizado no SCNES	57	<b>95,00%</b>
			Número total de profissionais cadastrados	60	
	Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano	N/A	Circunstância de Risco	0	<b>2</b>
			Quase Erro (Near Miss)	0	
			Não Conformidade	2	
			Incidente sem dano	0	
			Incidente com dano Grau I (leve)	0	
			Incidente com dano Grau II (moderado)	0	
			Incidente com dano Grau III (grave)	0	
			Incidente com dano Grau IV (óbito)	0	
Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo	Administrativo	N/A	Administrativo	1	<b>2</b>
			Assistencial	1	
	Conformidade do Serviço de Controle de Infecção, por área (crítica, semicrítica e não crítica)	≥ 85%	Número de itens em conformidade nas auditorias de controle de infecção	44	<b>91,67%</b>
			Total de itens avaliados nas auditorias realizadas em visitas técnicas	48	
Proporção de mulheres na faixa etária preconizada com	≥ 40%		Número de mulheres (40-69 anos) com solicitação de mamografia nos últimos 2 anos	1.966	<b>41,53%</b>

	solicitação de mamografia nos últimos 2 anos		Total de mulheres de 40 a 69 anos cadastradas	4.734	
Prevalência de hipertensos no território	$\geq 80\%$	Número de hipertensos autorreferidos cadastrados	3.426		<b>102,19%</b>
		Número esperado de hipertensos na população cadastrada	3.353		
Prevalência de diabéticos no território	$\geq 80\%$	Número de diabéticos autorreferidos cadastrados	1.138		<b>98,80%</b>
		Número esperado de diabéticos na população cadastrada	1.152		

**Proporção de gestantes com , pelo menos, 6 consultas de Pré-Natal realizadas, sendo a primeira até a 12ª semanas de gestação, realização de exames para sífilis e HIV e atendimento odontológico :** No período avaliado, foram identificadas situações que impactaram diretamente os indicadores de acompanhamento pré-natal da unidade. Entre as 6 gestantes acompanhadas, destacam-se: EOL iniciou o pré-natal de forma tardia, com 15 semanas de gestação, sendo esta sua primeira gestação. Foi encaminhada para acompanhamento odontológico e obstétrico, tendo realizado todos os exames de rotina. ARPCS iniciou o pré-natal em 10/04/2025, com 5 semanas de gestação, sendo encaminhada para acompanhamento odontológico e realizou os exames de rotina, incluindo testes rápidos para sífilis e HIV; no entanto, o Boletim Diário de Atendimento (BDA) não foi fechado corretamente, ao longo do acompanhamento foram registradas 6 consultas de Enfermagem, 1 consulta com Obstetra e 1 com Cirurgião Dentista. MD iniciou o pré-natal pelo convênio e procurou a Unidade Básica de Saúde (UBS) em 12/08/2025, com 23 semanas de gestação, na UBS Alto da Ponte, onde foi atendida e direcionada para a UBS Telespark. Posteriormente, atualizou o endereço em outubro na UBS Santana, agendou consulta com a obstetra, porém não compareceu. EKCC iniciou o pré-natal em 02/05/2025, com 8 semanas de gestação, sendo esta sua primeira gestação. Durante o acompanhamento realizou 4 consultas com o Enfermeiro, 2 com Obstetra e 2 com cirurgião dentista e todos os exames de rotina. TTS iniciou o pré-natal em 31/07/2025, com 19 semanas de gestação; encontrava-se em acompanhamento devido à menopausa e, durante consulta com a ginecologista, foi identificado BCF, dando início ao acompanhamento pré-natal, com coleta de exames de rotina e encaminhamento para acompanhamento odontológico. JRC realizou o acompanhamento do pré-natal pelo convênio, constando registro de atendimento odontológico na UBS Santana em 27/05/2025.

Em 2 casos não ocorreu o fechamento do Boletim Diário de Atendimento (BDA) e em 4 casos foram

gestações notificadas acima de 12 semanas. Após a regularização das informações e finalização dos BDA, a conformidade foi restabelecida para 33%.

**Cobertura vacinal de pólio inativada e pentavalente:** No período analisado, foram acompanhadas **17 crianças**, das quais **4 apresentaram esquema vacinal incompleto**. Dentre estas, LAMT mudou-se para um município do Estado de Minas Gerais. Em relação a DMB, foram realizadas ações de busca ativa sem sucesso; a criança não realiza acompanhamento na unidade, encontra-se cadastrada no programa de alto custo do Estado e não realiza a retirada da medicação. MPNM realizou a vacina hexavalente na rede particular, assim como ITG. Considerando as adequações mencionadas, o aproveitamento vacinal atingiria 94,1%.

**Proporção de pessoas com hipertensão com consulta e pressão arterial aferida no semestre:** A proporção de pessoas com hipertensão que tiveram consulta e pressão aferida foi de 47,72%, com 1635 pessoas atendidas de um total de 3426 pessoas com hipertensão. Embora tenhamos trabalhado para melhorar a atenção às pessoas com hipertensão, como a realização de 5 encontros de Hiperdia em Dezembro e a implementação de ligações confirmatórias para todos os pacientes agendados, ainda estamos abaixo da meta de 50%. Para melhorar esse indicador, pretendemos intensificar as ações de busca ativa dos cadastrados na unidade, melhorar a adesão dos pacientes às consultas e otimizar o registro de dados no E-Sams. Além disso, manteremos o compromisso de aprimorar os registros dos CID/CIAP relacionados ao diagnóstico de hipertensão.

**Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e hemoglobina glicada solicitada no semestre:** A proporção de pessoas com diabetes que tiveram consulta e avaliação clínica registrada foi de 29,53%, correspondendo a 336 pessoas atendidas, de um total de 1.138 pessoas com diabetes cadastradas na unidade. Embora a equipe tenha desenvolvido ações voltadas à melhoria da atenção aos pacientes diabéticos, como a realização de 5 encontros do grupo Hiperdia no mês de dezembro e a implementação de ligações telefônicas confirmatórias para todos os pacientes agendados, o indicador permanece abaixo da meta preconizada. Visando a melhoria desse resultado, será intensificado o plano de ação a partir de janeiro de 2026, com foco na busca ativa das pessoas com diabetes cadastrados na unidade, no fortalecimento da adesão às consultas de acompanhamento e na qualificação dos registros no sistema E-SUS/ E-SAMS, garantindo a correta alimentação dos dados assistenciais. Como estratégia adicional, será implantada a avaliação sistemática do pé diabético, a ser realizada pela equipe de enfermagem e médica, com meta de acompanhamento mensal, contribuindo para a prevenção de complicações e para a qualificação do cuidado integral à pessoa com diabetes. Adicionalmente, a unidade manterá o aprimoramento dos

registros de CID/CIAP relacionados ao diagnóstico de diabetes.

**Acesso à primeira consulta odontológica programática:** O indicador apresentou resultado abaixo do esperado no período analisado (4,72%). Esse desempenho está relacionado principalmente ao alto índice de absenteísmo, que atingiu 31% no mês, reduzindo a efetivação das consultas agendadas. Contribuiu também para esse resultado a saída de um profissional cirurgião-dentista em 10/12, com reposição somente em 19/12, o que exigiu readequação temporária das agendas e do processo de trabalho da equipe de saúde bucal. Ressalta-se que a equipe encontra-se atualmente reestruturada e completa, composta por três cirurgiões-dentistas e três auxiliares de saúde bucal, o que possibilita a retomada e ampliação da oferta assistencial. Como plano de ação, a unidade irá intensificar a busca ativa de usuários sem primeira consulta odontológica, reservar vagas específicas em agenda, ampliar a oferta de grupos de Saúde Bucal, alinhar a equipe para priorização desses atendimentos e garantir o registro adequado das informações no sistema.

**Proporção de profissionais com cadastro nas equipes atualizado no SCNES:** O indicador encontra-se em 95%. As saídas de profissionais ocorridas no período — assistente social em julho de 2025, ginecologista em novembro de 2025 e cirurgião-dentista em dezembro de 2025 — foram devidamente comunicadas e oficializadas por meio do Formulário 21, encaminhado em tempo oportuno ao setor responsável pela atualização no SCNES. A unidade permanece aguardando a regularização dos registros, mantendo-se em conformidade com suas atribuições administrativas e assistenciais. Com a adequação das solicitações realizadas, por SMS, o resultado seria de 100%.

**Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Classificação do Dano:** Não há definição de meta já que se trata de cultura de segurança do paciente, sem função punitiva.

**Notificação de incidentes e eventos adversos relacionados à assistência à saúde por Tipo:** Não há definição de meta já que se trata de cultura de segurança do paciente, sem função punitiva.



## Indicadores de Produção

As tabelas abaixo apresentam o desempenho das equipes da Microrregional Norte de São José dos Campos no mês de **Dezembro/2025**. São monitorados atendimentos médicos, de enfermagem, odontológicos e visitas domiciliares, comparando metas previstas, realizadas e a parametrização conforme os dias úteis. O objetivo é acompanhar a produtividade e apoiar a gestão na melhoria dos serviços de saúde.

Para apresentação dos dados de produção utilizamos os relatórios dos usuários atendidos com base na agenda dos profissionais (usuários com presença em consultas), visto que o Boletim Diário Assistencial e o Boletim Diário Odontológico são disponibilizados após a data de confecção deste relatório. Portanto, é possível que ocorra divergências de informações.

## Produção - Microrregião Norte

A tabela a seguir apresenta os resultados da **Microrregião Norte** nos Indicadores de Produção para **Dezembro de 2025**.

SJC Microrregião Norte: 1 eSF + 4 eAP + 11 eSB		Indicadores	dezembro/2025									Dias úteis: 19		
			Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado dez./25		% Realizado	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)	
SMS  C	Médico Saúde da Família (40h)	Consulta Médica	22	11	416	9.152	4.024	<b>4.110</b>	<b>45%</b>	4.576	<b>90%</b>	3.952	<b>104%</b>	
		Atendimento Domiciliar					86							
SMS  C	Médico Clínico Geral (20h)	Consulta Médica	8	4	208	1.664	993	<b>993</b>	<b>60%</b>	832	<b>119%</b>	719	<b>138%</b>	
		Atendimento Domiciliar					0							
SMS  C	Médico Gineco-obstetra (20h)	Consulta Médica	5	2,5	208	1.040	376	<b>376</b>	<b>36%</b>	520	<b>72%</b>	449	<b>84%</b>	
		Atendimento Domiciliar					0							
SMS  C	Médico Pediatra (20h)	Consulta Médica	4	2	208	832	254	<b>254</b>	<b>31%</b>	416	<b>61%</b>	359	<b>71%</b>	
		Atendimento Domiciliar					0							
SMS  C	Enfermeiro (40h)	Consulta de Enfermagem	26	14	208	5.408	2.152	<b>2.188</b>	<b>40%</b>	2.912	<b>75%</b>	2.515	<b>87%</b>	
		Atendimento Domiciliar					36							
SMS	Dentista (40h)	Primeira Consulta Odontológica Programática	20	11	208	4.160	355	<b>1.629</b>	<b>39%</b>	2.288	<b>71%</b>	1.976	<b>82%</b>	
		Atendimento Individual					1.274							
<b>SUBTOTAL SMS:</b>			<b>85</b>	<b>44,5</b>	<b>1.456</b>	<b>22.256</b>	<b>9.550</b>	<b>41,81%</b>	<b>11.544</b>	<b>81,48%</b>	<b>9.970</b>	<b>94,34%</b>		
SMS	Agente Comunitário de	Visita Domiciliar	88	35	200	17.600	4.001	4.001	<b>22,73%</b>	7.000	<b>57,16%</b>	6.045	<b>66,18%</b>	

Saúde	TOTAL SMS:	173	79,5	1.656	39.856	13.551	39,09%	18.544	78,00%	16.015	90,32%
-------	------------	-----	------	-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

A Análise Crítica por categoria profissional seguirá por serviço. Destacamos:

- **ACS:** Observamos aumento gradativo dos registros de visitas domiciliares dos ACS, especialmente nos últimos meses. Em junho, foram registradas 4212 visitas, representando 48% do total esperado (considerando o RH previsto). Em julho, foram 5169 visitas representando 58%, em agosto foram realizadas 5015 visitas, representando 57% do previsto e agora para o mês Dezembro foram realizadas 5373 visitas representando 61%. Acreditamos que seja fruto da sensibilização que estamos fazendo com as equipes sobre a importância do ACS para a Estratégia de Saúde na Família, além dos registros das visitas domiciliares em tempo oportuno.

Destacamos a produção de parte dos serviços ofertados, com alta demanda assistencial.

<b>Serviços</b>	<b>UBS Alto da Ponte</b>	<b>UBS Altos de Santana</b>	<b>UBS Jardim Telespark</b>	<b>UBS Santana</b>
Dispensação de medicamentos	3.293	3.915	3.983	3963
Coleta de exames	494	417	587	553
Acolhimento	203	725	727	424
Escuta inicial	890	558	752	912
Hipodermia	828	1.374	963	1573
Vacina	363	381	299	403

## Produção - UBS Alto da Ponte

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Alto da Ponte** nos Indicadores de Produção para **Dezembro de 2025**.

UBS Alto da Ponte: 4 eSF + 3 eSB		Indicadores	dezembro/2025								Dias úteis: 19		
			Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado dez./25		% Realizado	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)
SMS	Médico	Consulta Médica	4	4	416	1.664	1.357	<b>1.386</b>	<b>83,29%</b>	1.664	<b>83,29%</b>	1.437	<b>96,44%</b>
C		Atendimento Domiciliar					29						
SMS	Enfermeiro	Consulta de Enfermagem	4	4	208	832	576	<b>598</b>	<b>71,88%</b>	832	<b>71,88%</b>	719	<b>83,22%</b>
C		Atendimento Domiciliar					22						
SMS	Cirurgião Dentista	Primeira Consulta Odontológica Programática	3	3	208	624	129	<b>520</b>	<b>83,33%</b>	624	<b>83,33%</b>	539	<b>96,49%</b>
		Atendimento Individual					391						
<b>SUBTOTAL SMS:</b>			<b>11</b>	<b>11</b>	<b>832</b>	<b>3.120</b>	<b>2.504</b>	<b>2.504</b>	<b>79,50%</b>	<b>3.120</b>	<b>79,50%</b>	<b>2.695</b>	<b>92,05%</b>
SMS	Agente Comunitário de Saúde	Visita Domiciliar	16	13	200	3.200	1.407	<b>1.407</b>	<b>43,97%</b>	2.600	<b>54,12%</b>	2.245	<b>62,66%</b>
<b>TOTAL SMS:</b>			<b>27</b>	<b>24</b>	<b>1.032</b>	<b>6.320</b>	<b>3.911</b>	<b>3.911</b>	<b>70,62%</b>	<b>5.720</b>	<b>73,15%</b>	<b>4.940</b>	<b>84,70%</b>



**Médico:** Em dezembro, foram ofertadas 2.009 vagas para atendimento médico, com registro de 16% de faltas, representando aumento em relação ao mês de novembro, que apresentou índice de 13% de absenteísmo. A elevação do absenteísmo, associada à redução dos dias úteis no mês em razão do recesso de Natal, foi fator que contribuiu para o não atingimento da meta estabelecida.

**Enfermeiro:** Houve reposição de uma enfermeira em 08/12/2025 e afastamento de outra profissional por férias a partir de 15/12/2025, ocasionando indisponibilidade na agenda de enfermagem.

**Dentista:** No período, foi registrada intercorrência técnica no equipamento odontológico, o que comprometeu a assistência das profissionais em um dia de atendimento, sendo a situação prontamente solucionada pela equipe. Adicionalmente, houve bloqueio de agenda em decorrência do recesso, impactando a oferta de atendimentos no período.

**ACS:** Considera-se que o impacto do resultado abaixo do esperado está relacionado ao recesso de final de ano, ao afastamento de três profissionais em período de férias, ao registro de 152 horas de afastamentos por atestado, além da participação dos profissionais em treinamentos e do apoio prestado ao CCZ referente a dengue durante o período, fatores que influenciaram diretamente a capacidade operacional da unidade.

UBS Alto da Ponte	dezembro/2025						
	Nº de Famílias Cadastradas	Nº de Pessoas Cadastradas	Meta Contratual	Meta Personalizada	Visitas Domiciliares	% Alcançada (Personalizada)	Justificativa
Equipe 1	936	2.374	800	430	259	60,23%	1/12 - Apoio CZZ 10/12 - treinamento manhã 15/12 - ação no território 19/12 - ação de humanização ubs 22/12 à 26/12 recesso; 04/12 - grupo de artesanato a tarde; 11/12 - treinamento manhã; 19/12 - humanização ubs; 24/12 a 31/12 - recesso; 08/12 - 23/12 - Férias 24/12 - 31/12 - Recesso;
Equipe 2	1.037	2.713	800	380	157	41,32%	01 e 03 - Atestado 09/12 - treinamento manhã 19/12 - ação de humanização UBS 22/12 - Ação no territorio 24/12 á 31/01 - recesso; Licença Maternidade; 1/12 - Atestado 02/12 a 14/12- Atestado 22/12 a 26/12 recesso 30/12 a 31/01 - atestado;
Equipe 3	1.562	3.387	800	620	629	101,45%	férias 15 dias- a partir de 9/12; ; 4/12 - ação no territorio de manha e grupo na ubs a tarde; 5/12 - ação no territorio; 10/12 - treinamento manhã; 11/12 - grupo de artesanato de tarde; 18/12 - grupo de artesanato de tarde; 19/12 - Ação de humanização ubs 24/12 a 31/01 - Recesso;

Equipe 4	1.110	2.654	800	430	362	84,19%	atestado 23/12 ; Férias 18 dias a partir de 08/12; 1/12- ação CZZ 3/12 - reunião cipa manha 05/12 - atestado 9/12 - treinamento manha 19/12 - humanização ubs 22/12 a 26/12 - recesso;
<b>TOTAL</b>	<b>4.645</b>	<b>11.128</b>	<b>3.200</b>	<b>1.860</b>	<b>1.407</b>	<b>75,65%</b>	

Destacamos também a produção de atendimentos/procedimentos que também demandam tempo assistencial das equipes.

<b>Serviços</b>	<b>UBS Alto da Ponte</b>
Dispensação de medicamentos	3.293
Coleta de exames	494
Escuta inicial	890
Hipodermia	828
Vacina	363

**Análise crítica:** Em dezembro, o único setor que apresentou aumento de atendimentos em comparação ao mês de novembro foi o de vacinação, com registro de 363 senhas. Nos demais serviços, observou-se redução da procura, associada ao período de recesso, que influenciou o acesso e a demanda pelos atendimentos ofertados na unidade.

### Produção - UBS Altos de Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Altos de Santana** nos Indicadores de Produção para **Dezembro de 2025**.

UBS Altos de Santana: 4 eSF + 3 eSB		Indicadores	dezembro/2025								Dias úteis: 19		
			Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado dez./25		% Realizado	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)
SMS C	Médico	Consulta Médica	4	4	416	1.664	1.515	<b>1.553</b>	<b>93,33%</b>	1.664	<b>93,33%</b>	1.437	<b>108,07%</b>
		Atendimento Domiciliar					38						
SMS C	Enfermeiro	Consulta de Enfermagem	4	4	208	832	657	<b>659</b>	<b>79,21%</b>	832	<b>79,21%</b>	719	<b>91,71%</b>
		Atendimento Domiciliar					2						
SMS	Cirurgião Dentista	Primeira Consulta Odontológica Programática	3	3	208	624	146	<b>539</b>	<b>86,38%</b>	624	<b>86,38%</b>	539	<b>100,02%</b>
		Atendimento Individual					393						

SUBTOTAL SMS:													
SMS	Agente Comunitário de Saúde	Visita Domiciliar	11	11	832	3.120	2.751	2.751	86,30%	3.120	86,30%	2.695	99,93%
			16	14	200	3.200	1.864	<b>1.864</b>	<b>58,25%</b>	2.800	<b>66,57%</b>	2.418	<b>77,08%</b>
			<b>TOTAL SMS:</b>	<b>27</b>	<b>25</b>	<b>1.032</b>	<b>6.320</b>	<b>4.615</b>	<b>79,29%</b>	<b>5.920</b>	<b>81,37%</b>	<b>5.113</b>	<b>94,22%</b>

**Enfermeiro:** Em relação à produção de enfermagem, algumas situações impactaram a meta: um profissional estava em período de férias retornando no dia 10/12/2025, porém no dia 15/12/2025 uma outra profissional iniciou suas férias com retorno em 14/01/2026. Além disso, a unidade permaneceu fechada nos períodos de 24 a 28/12 e de 29/12 a 04/01/2026.

**ACS:** Atualmente, contamos com duas profissionais readaptadas em 100% de suas funções e uma profissional com condições de trabalho diferenciadas, conforme orientação do médico do trabalho. No período avaliado, houve afastamento por férias de uma servidora, além dos feriados de Natal e Ano Novo, com fechamento da unidade nos períodos de 24 a 28/12 e de 29/12 a 04/01/2026. Também ocorreram ausências em função de participação em cursos, palestras e ações externas à unidade.

UBS Altos de Santana	dezembro/2025									
	Nº de Famílias Cadastradas	Nº de Pessoas Cadastradas	Meta Contratual	Meta Personalizada	Visitas Domiciliares			% Alcançada (Personalizada)	Justificativa	
Equipe 1	1.508	2.391	800	512	427			83,40%	; Unidade fechada 24 a 26/12 31 - 02/01; Unidade fechada 24 a 26/12 31 - 02/01; Unidade fechada 24 a 26/12 31 - 02/01	
Equipe 2	1.511	2.304	800	212	161			75,94%	Unidade fechada 24 a 26/12 31 - 02/01; Unidade fechada 24 a 26/12 31 - 02/01; Readaptada 100%; Exonerada	
Equipe 3	2.999	4.354	800	419	596			142,24%	Unidade fechada 24 a 26/12 31 - 02/01; Readaptada 100%; Unidade fechada 24 a 26/12 31 - 02/01; Unidade fechada 24 a 26/12 31 - 02/01	

Equipe 4	2.875	4.448	800	516		680	131,78%	Unidade fechada 24 a 26/12 31 - 02/01; Unidade fechada 24 a 26/12 31 - 02/01; Férias 15/12/2025 a 05/01/2026; Unidade fechada 24 a 26/12 31 - 02/01
<b>TOTAL</b>	<b>8.893</b>	<b>13.497</b>	<b>3.200</b>	<b>1.659</b>		<b>1.864</b>	<b>112,36%</b>	

Destacamos também a produção de atendimentos/procedimentos que também demandam tempo assistencial das equipes.

<b>Serviços</b>	<b>UBS Altos de Santana</b>
Dispensação de medicamentos	3.915
Recepção	1.941
Coleta de exames	417
Escuta inicial	1.283
Hipodermia	1.374
Vacina	381

**Análise Crítica:** Em relação aos dados de produção, verifica-se que a maior concentração de atendimentos ocorreu na dispensação de medicamentos, totalizando 3.915 receitas atendidas no período. Em seguida, destacam-se os atendimentos realizados na recepção, com 1.941 registros.

## Produção - UBS Jardim Telespark

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Jardim Telespark** nos Indicadores de Produção para Dezembro de 2025.

UBS Telespark: 3 eSF + 1 eSB		Indicadores	dezembro/2025								Dias úteis: 19		
			Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado dez./25		% Realizado	Esperado (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)
SMS	Médico	Consulta Médica	3	3	416	1.248	1.152	<b>1.171</b>	<b>93,83%</b>	1.248	<b>93,83%</b>	1.078	<b>108,65%</b>
C		Atendimento Domiciliar					19						
SMS	Enfermeiro	Consulta de Enfermagem	3	3	208	624	431	<b>432</b>	<b>69,23%</b>	624	<b>69,23%</b>	539	<b>80,16%</b>
C		Atendimento Domiciliar					1						
SMS	Cirurgião Dentista	Primeira Consulta Odontológica Programática	1	1	208	208	19	<b>181</b>	<b>87,02%</b>	208	<b>87,02%</b>	180	<b>100,76%</b>
		Atendimento Individual					162						
<b>SUBTOTAL SMS:</b>			<b>7</b>	<b>7</b>	<b>832</b>	<b>2.080</b>	<b>1.784</b>	<b>1.784</b>	<b>83,36%</b>	<b>2.080</b>	<b>83,36%</b>	<b>1.796</b>	<b>96,52%</b>
SMS	Agente Comunitário de Saúde	Visita Domiciliar	12	8	200	2.400	730	<b>730</b>	<b>30,42%</b>	1.600	<b>45,63%</b>	1.382	<b>52,83%</b>
<b>TOTAL SMS:</b>			<b>19</b>	<b>15</b>	<b>1.032</b>	<b>4.480</b>	<b>2.514</b>	<b>2.514</b>	<b>70,12%</b>	<b>3.680</b>	<b>73,93%</b>	<b>3.178</b>	<b>85,60%</b>

**Consulta de enfermagem:** no mês de dezembro, a unidade contou com dois profissionais enfermeiros em decorrência de férias.

**ACS:** No mês de dezembro, o desempenho assistencial apresentou-se abaixo dos parâmetros estabelecidos, em função das festividades e do período de férias, que dificultou o contato com os munícipes em suas residências. Ademais, ocorreram afastamentos de três profissionais por motivo de férias e redução significativa dos dias úteis para 17 (devido fracionamento nas semanas do Natal e Ano Novo) e consequente diminuição da cobertura de visitas domiciliares.

UBS Jardim Telespark	dezembro/2025						
	Nº de Famílias Cadastradas	Nº de Pessoas Cadastradas	Meta Contratual	Meta Personalizada	Visitas Domiciliares	% Alcançada (Personalizada)	Justificativa
Equipe 1	1.812	2.550	800	170	153	90,00%	O mês contou com 17 dias úteis, sendo que foi entregue 1 atestado de 1 dia, participação em grupo de artesanato e capacitação externa.; O mês contou com 17 dias úteis devido ao revezamento do feriado e BH. Acs realizou atividades externas através dos grupos da unidade.; ;
Equipe 2	2.522	3.431	800	266	306	115,04%	O mês apresentou 17 dias úteis mais férias. ; O mês contou com 17 dias úteis devido a revezamento. Acs realizou atividades externas e internas. ; O mês contou com 17 dias úteis devido a revezamento. Acs realizou atividades externas e internas. ;
Equipe 3	1.967	2.770	800	306	271	88,56%	O mês contou com 17 dias úteis devido, revezamento, banco de horas e atividades externas.; O mês contou com 17 dias úteis devido a revezamento e feriados. O acs realizou atividades

							externas e capacitações. O mês contou com 17 dias úteis, devido ao revezamento, BH e férias. Acs participou de grupos e atividades internas e externas.;
<b>TOTAL</b>	<b>6.301</b>	<b>8.751</b>	<b>2.400</b>	<b>742</b>	<b>730</b>	<b>98,38%</b>	

O objetivo desta estratégia é fortalecer o acompanhamento das metas e promover ações conjuntas entre ACS e enfermeiro, de modo a identificar desafios, propor ajustes e garantir o cumprimento dos resultados estabelecidos para o período.

Destacamos também a produção de atendimentos/procedimentos que também demandam tempo assistencial das equipes.

<b>Serviços</b>	<b>UBS Telespark</b>
Dispensação de medicamentos	3.983
Recepção	1.596
Coleta de exames	587
Escuta inicial	752
Hipodermia	963
Vacina	299



**Análise Crítica:** Foram emitidas 7.938 senhas no período analisado, evidenciando alta demanda da população pelos serviços prestados. A maior dispensação de senhas ocorreu na farmácia com 3.471 prescrições atendidas, seguida pelos atendimentos administrativos na recepção, que totalizaram 1.848 registros.

## Produção - UBS Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados da **UBS Santana** nos Indicadores de Produção para **Dezembro de 2025**.

UBS Santana: 4 eAP + 3 eSB	Indicadores	dezembro/2025								Dias úteis: 19		
		Previsto	Efetivo	Meta (Mês)	Esperado (Previsto)	Realizado dez./25		% Realizado	Esperad o (Efetivo)	% Corrigido (Efetivo)	Esperado (Dias úteis)	% Corrigido (Dias úteis)
SMS C	Médico Clínico	Consulta Médica	4	208	832	993	<b>993</b>	<b>119,35%</b>	832	<b>119,35%</b>	719	<b>138,20%</b>
						0						
SMS C	Médico Ginecologista	Consulta Médica	2,5	208	520	376	<b>376</b>	<b>72,31%</b>	520	<b>72,31%</b>	449	<b>83,72%</b>
						0						
SMS C	Médico Pediatra	Consulta Médica	2	208	416	254	<b>254</b>	<b>61,06%</b>	416	<b>61,06%</b>	359	<b>70,70%</b>
						0						
SMS C	Enfermeiro	Consulta de Enfermagem	2	208	416	488	<b>499</b>	<b>119,95%</b>	624	<b>79,97%</b>	539	<b>92,59%</b>
						11						
SMS	Cirurgião Dentista	Primeira Consulta Odontológica Programática	3	208	624	61	<b>389</b>	<b>62,34%</b>	624	<b>62,34%</b>	539	<b>72,18%</b>
						328						
<b>TOTAL SMS:</b>		<b>14</b>	<b>15</b>	<b>1.040</b>	<b>2.808</b>	<b>2.511</b>	<b>87,00%</b>	<b>3.016</b>	<b>79,00%</b>	<b>2.605</b>	<b>91,48%</b>	

A redução da produção de atendimentos registrada na UBS de Santana no mês de dezembro está relacionada, predominantemente, a fatores sazonais vinculados ao perfil da população atendida neste período do ano. O mês de dezembro é caracterizado pelo período de férias escolares e recessos trabalhistas, ocasionando viagens e deslocamentos dos pacientes com seus familiares, o que resulta em diminuição da permanência da população no território adscrito. Esse cenário contribui para o aumento do absenteísmo, mesmo entre pacientes com consultas previamente agendadas. Ressalta-se que, durante todo o período, houve manutenção integral das agendas médicas, sem redução da oferta de vagas. Ademais, a equipe administrativa da unidade realizou ligações telefônicas no dia anterior às consultas, com o objetivo de confirmar os atendimentos agendados e minimizar faltas, conforme fluxo estabelecido pela unidade. Apesar das estratégias adotadas, verificou-se elevado número de ausências no comparecimento às consultas, bem como redução da procura por atendimentos eletivos, uma vez que muitos usuários optaram por adiar acompanhamentos de rotina para períodos posteriores às festividades de final de ano. Dessa forma, a diminuição da produção no mês de dezembro reflete uma variação sazonal da demanda assistencial, não estando relacionada a falhas na organização do serviço ou na disponibilidade de profissionais, mantendo-se a qualidade e a continuidade da assistência prestada à população.

**Médico Ginecologista:** No período analisado, foram realizados 401 atendimentos (Ginecologia/ Obstetrícia) , alcançando 83,72%. O absenteísmo foi de 20% em Obstetrícia e 28% em Ginecologia. Será intensificada a busca ativa das mulheres com mais de três anos sem realizar o exame citopatológico do colo do útero, assegurando a atualização da linha de cuidado da saúde da mulher e prevenindo agravos. Também será priorizada a convocação das usuárias que necessitam acompanhamento regular com a ginecologista, especialmente aquelas com histórico de atrasos ou pendências em exames e consultas. Essas ações integradas visam aprimorar o acesso, fortalecer a adesão e qualificar a assistência, reafirmando o compromisso da equipe com a promoção da saúde integral da mulher.

**Médico Pediatra:** No mês de dezembro, foram realizados 254 atendimentos de Pediatria e Puericultura, atingindo 70,70% da meta estabelecida. O absenteísmo mantém-se como ponto crítico, com índice de 20% em ambos os atendimentos, impactando o alcance da meta. Como estratégia de melhoria, será intensificada a busca ativa de crianças da área de abrangência da UBS Santana, com ênfase naquelas atendidas na UPA, visando garantir a continuidade do cuidado e a inserção adequada nas linhas de atenção. Para 2026, a unidade irá fortalecer as parcerias com as instituições escolares, por meio de reuniões com pais e responsáveis, ações educativas, atividades lúdicas e divulgação das ações da unidade, com o objetivo de

ampliar o vínculo com as famílias e aumentar a adesão ao acompanhamento em saúde infantil. Além disso, será implementado um cronograma de ações extramuros, com atuação da equipe multiprofissional em comunidades, visando ampliar o acesso, realizar atividades educativas e de prevenção, identificar crianças sem acompanhamento e promover a inclusão nas linhas de cuidado, reforçando a atenção integral à criança fora da unidade de saúde.

**Cirurgião Dentista:** No mês de dezembro, foram realizados 389 atendimentos de Odontologia, atingindo 72,18% da meta estabelecida. O desempenho observado está relacionado, principalmente, ao elevado índice de absenteísmo, que atingiu 31% no período, impactando diretamente a efetivação das consultas previamente agendadas. Contribuiu ainda para esse resultado a saída de um profissional cirurgião-dentista em 10/12, com reposição somente em 19/12, situação que demandou readequação temporária das agendas e do processo de trabalho da equipe de saúde bucal. Considerando que a equipe encontra-se atualmente reestruturada e completa, composta por três cirurgiões-dentistas e três auxiliares de saúde bucal, será implementado como plano de ação o reordenamento das agendas, a ampliação gradual da oferta de consultas, o monitoramento sistemático do absenteísmo e a adoção de estratégias de confirmação prévia dos agendamentos, com o objetivo de otimizar o acesso, reduzir faltas e assegurar a regularidade e a qualidade da assistência prestada à população.

Destacamos também a produção de atendimentos/procedimentos que também demandam tempo assistencial das equipes.

Serviços	UBS Santana
Dispensação de medicamentos	3963
Coleta de exames	553
Acolhimento	424
Escuta inicial	912
Hipodermia	1573
Vacina	403
Recepção	2308

## Análise Crítica

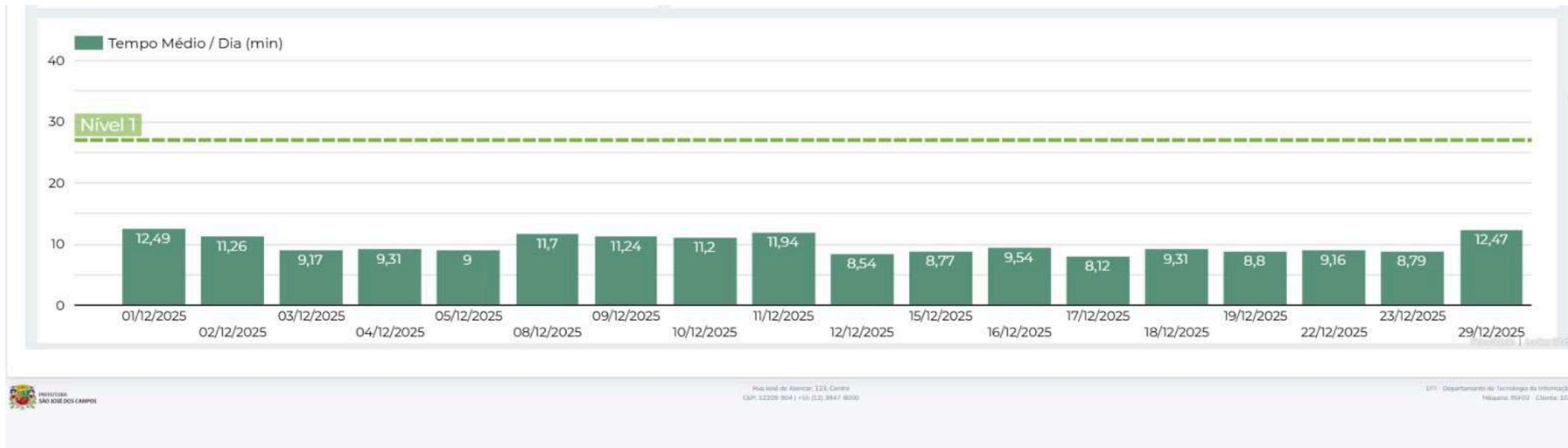
Durante o mês de Dezembro, a unidade de saúde realizou um total de 11.921 atendimentos, distribuídos entre diversos serviços ofertados: a dispensação de medicamentos foi responsável por 3963 atendimentos (33,24%), representando a maior demanda do mês e reforçando a importância da assistência farmacêutica na continuidade do cuidado. A recepção correspondeu por 2308 atendimentos (19,36%), evidenciando o elevado fluxo de entrada de usuários e a necessidade de um acolhimento organizado e eficiente. Os atendimentos em hipodermia, que incluem curativos, medicações intramusculares e endovenosas, pré-consultas e verificação de pressão arterial e glicemia capilar, totalizaram 1573 atendimentos (13,19%), demonstrando a relevância da atuação da equipe de enfermagem na assistência clínica e no monitoramento contínuo dos pacientes. As consultas médicas somaram 1.623 atendimentos (13,61%), enquanto a escuta inicial representou 912 atendimentos (7,6%), reforçando a importância da triagem e organização do fluxo de atendimento. Foram realizados ainda 553 coletas de exames (4,6%), 424 acolhimentos (3,5%), 403 vacinas (3,3%) e 389 atendimentos odontológicos (3,2%), além da realização de 7 grupos de odontologia, 5 grupos Hiperdia voltados a hipertensão e diabetes, e grupos de orientação nutricional e artesanato, fortalecendo ações educativas e de promoção da saúde na comunidade.

O tempo de espera médio na unidade foi de 10 minutos, permanecendo no nível 1, o que evidencia eficiência na gestão do fluxo, organização das agendas e agilidade no atendimento. Esse resultado, aliado ao acompanhamento constante dos feedbacks dos pacientes, permite ajustes contínuos para reduzir ainda mais os tempos de espera e aprimorar a qualidade do serviço prestado.

No geral, os dados demonstram uma unidade com boa capacidade operacional, com distribuição adequada da demanda entre os diferentes serviços e manutenção de alto padrão de atendimento. A participação expressiva da equipe de enfermagem, recepção e farmácia evidencia o trabalho multiprofissional e a resolutividade do fluxo assistencial. As ações em grupo e educativas ampliam o impacto comunitário, fortalecendo o cuidado

integral e a promoção da saúde. Esses resultados refletem eficiência e demonstram o comprometimento com a qualidade do atendimento, o acesso aos serviços e a satisfação dos usuários





Tempo médio de espera da UBS Santana do período de 01/12/2025 à 30/12/2025

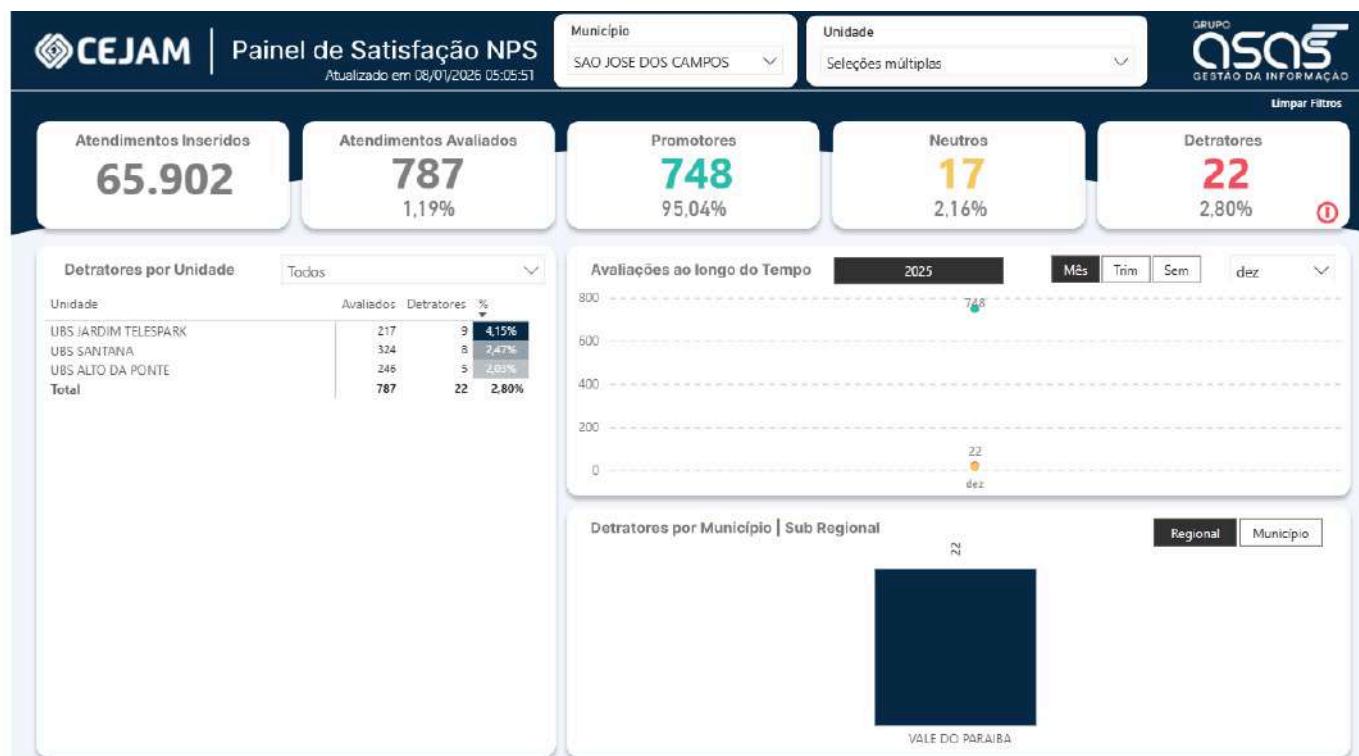
## Indicadores de Gestão - Satisfação do Usuário

Este relatório apresenta as atividades e resultados na Microrregião Norte de São José dos Campos, nas seguintes unidades: UBS Alto da Ponte, UBS Telespark, UBS Santana e UBS Altos de Santana.

### Indicadores de Gestão - Net Promoter Score (NPS)

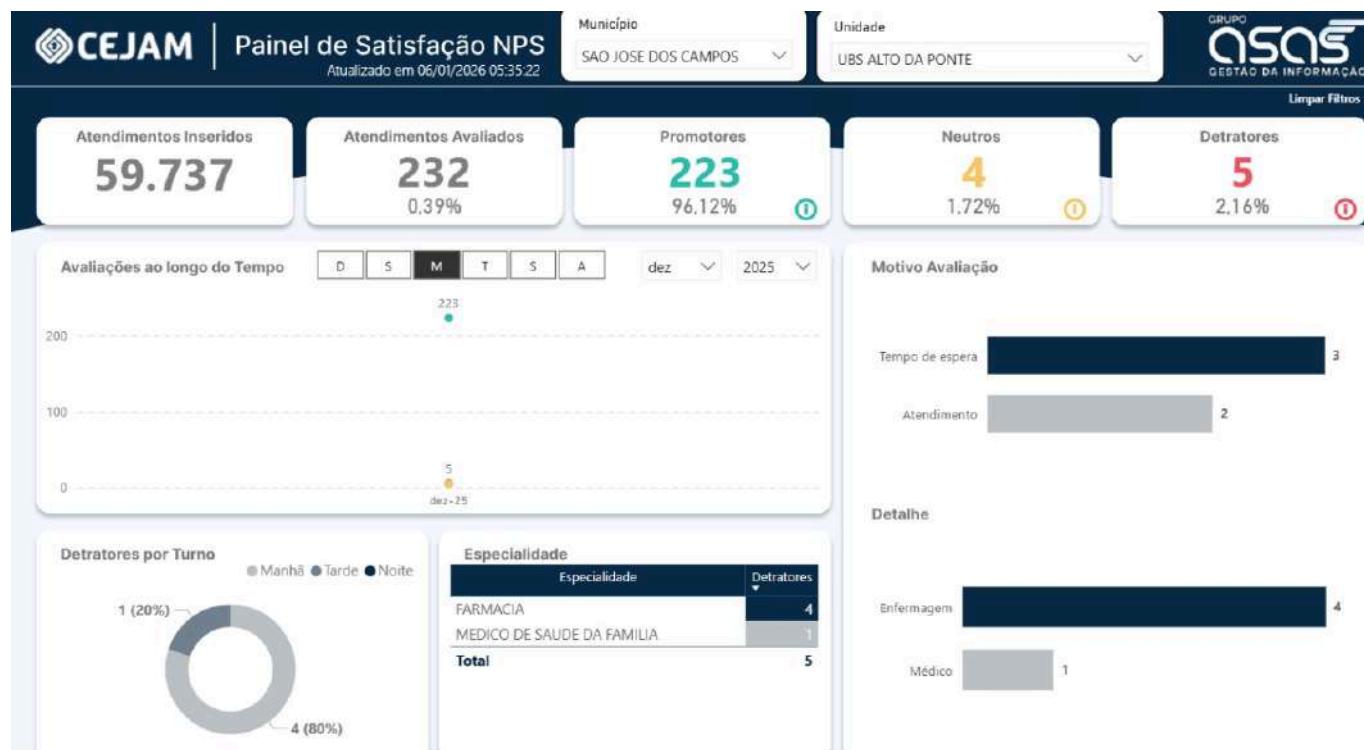
O Net Promoter Score (NPS) é um indicador que mensura o nível de satisfação e lealdade dos usuários, a partir da probabilidade deles indicarem o serviço para outras pessoas.

#### NPS - Microrregião Norte



O NPS consolidado das unidades da microrregião em 2025, aponta 95,04 % dos usuários indicando e recomendando as unidades, 2,16% com uma opinião neutra, e apenas 2,80% como não recomendariam as unidades. Obtivemos em Dezembro de 2025, 787 pesquisas, e utilizamos o indicador como norteador de melhorias no atendimento e serviços prestados à população de São José dos Campos, visando aprimorar e implementar melhorias nos serviços oferecidos. Cabe ressaltar o aumento do coeficiente de promotores comparado ao mês anterior na taxa de aprovação e recomendação dos serviços prestados.

## NPS - UBS Alto da Ponte



**Análise Crítica:** No painel de pesquisa referente ao mês de dezembro, observa-se que 96,12% dos usuários demonstraram satisfação com o serviço prestado pela UBS Alto da Ponte, classificando-se como promotores, conforme a metodologia da pesquisa NPS. Esse resultado reflete diretamente as melhorias internas implementadas nos processos de trabalho, que contribuíram para a qualificação contínua e o aprimoramento do atendimento oferecido pela unidade.

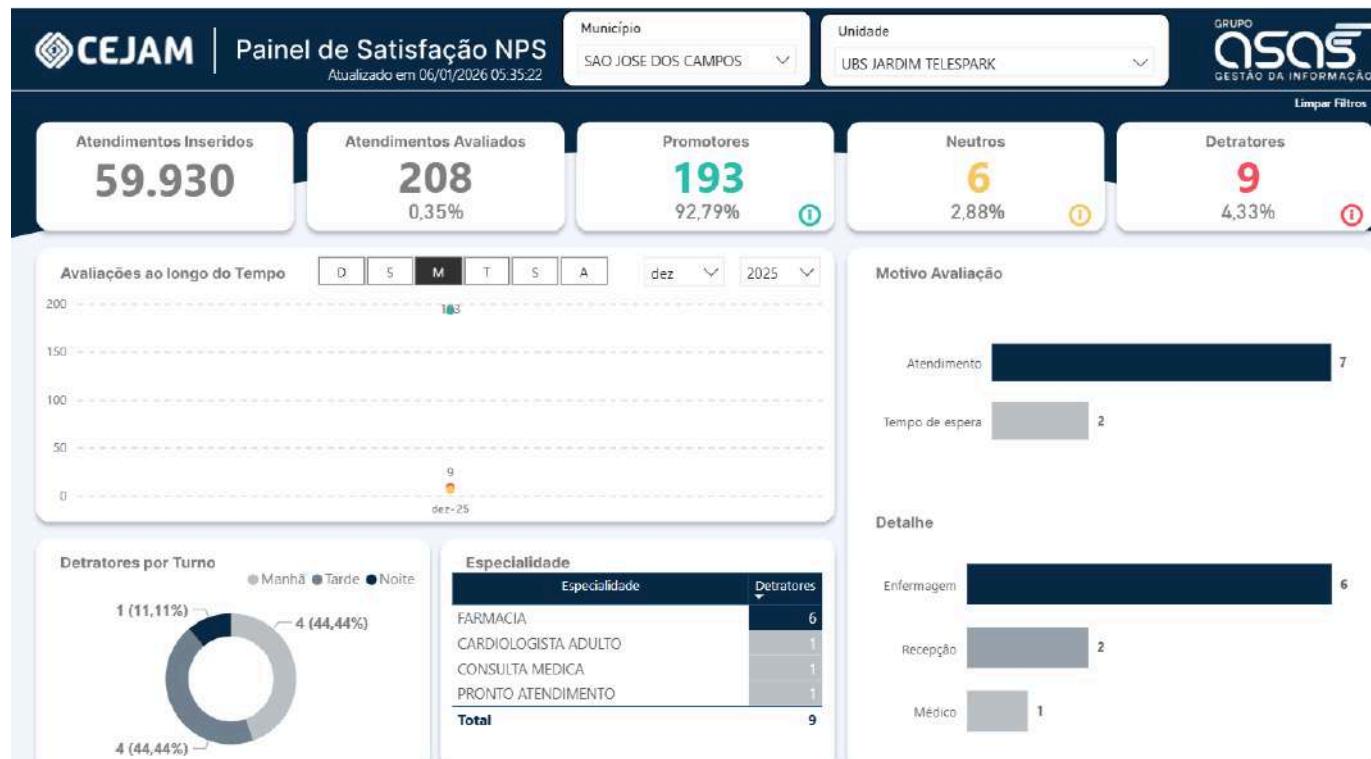
## NPS - UBS Altos de Santana

Foi identificado uma falha na transmissão dos dados da prefeitura junto ao grupo ASAS (responsável por compilar os dados e criar os dashboards) e comunicado junto ao setor responsável. Essa ação

impactou na coleta e apresentação dos dados, que será corrigido e posteriormente publicado na apresentação do quadrimestre.

### NPS - UBS Telespark

A tabela a seguir apresenta os resultados do NPS da **UBS Jardim Telespark** para **Dezembro de 2025**.



**Análise crítica:** Ao todo, foram aplicadas 208 pesquisas, sendo o indicador utilizado como uma ferramenta estratégica para direcionar ações de melhoria no atendimento e na qualidade dos serviços prestados à comunidade. Destes, pontuamos com 92,79% no índice da satisfação com 193 avaliações, 6 neutros (2,88%) e 09 detratores (4,33%). As melhorias assistenciais e o fluxo de trabalho revisado fazem parte dessa aprovação por parte dos pacientes.

## NPS - UBS Santana

A tabela a seguir apresenta os resultados do NPS da **UBS Santana** para **Dezembro de 2025**.

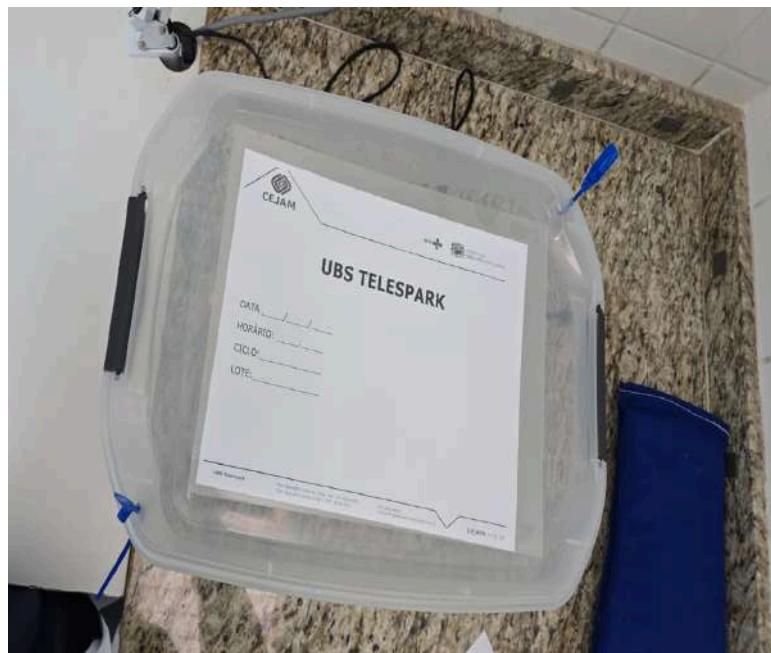


**Análise crítica:** O NPS aponta 97,50% dos usuários indicando e recomendando as unidades, e 2,5% como não recomendariam as unidades. Os processos assistenciais implementados na gestão da unidade refletem o bom andamento da assistência, impactando na satisfação do munícipe que passa por atendimento em nossa unidade. Os resultados sugerem que as ações em qualificação da gestão não se limitaram à atualização técnica, mas impactaram diretamente o funcionamento cotidiano da UBS. A padronização de fluxos, aprimoramento da comunicação interna, melhoria na organização do processo de trabalho e fortalecimento das lideranças são exemplos de intervenções que tendem a refletir positivamente no atendimento.

## MELHORIAS IMPLANTADAS EM PROCESSOS ASSISTENCIAIS

### UBS Jardim Telespark

Implantação da caixa para transporte de materiais para esterilização externa (CME), nos casos de contingência.



## UBS Alto da Ponte



**Gaveta de insumos hipodermia**



**Geladeira de Vacina**



**Apoio medicação EV**

**UBS Santana**



**Inicio da Vacinação contra  
o Vírus Respiratório ( VSR)  
para as gestantes**

## Início do protocolo de antibioterapia em parceria com a UPA



### UBS Altos de Santana

- Identificação dos panos de limpeza das áreas críticas, semicríticas e não críticas;
- Implantação de suporte para organização e separação de medicações na gaveta do carrinho de emergência;
- Disponibilização de recipientes para armazenamento de óculos de proteção das colaboradoras dos setores de Vacina e Hipodermia.

## TREINAMENTOS, CAPACITAÇÕES E AÇÕES EM SAÚDE

Este tópico apresenta os treinamentos e capacitações na Microrregião Norte de São José dos Campos, nas seguintes unidades: UBS Alto da Ponte, UBS Telespark, UBS Santana e UBS Altos de Santana, sendo ofertados pela SMS e/ou OSS CEJAM.

A tabela a seguir apresenta os treinamentos e capacitações da **UBS Alto da Ponte** em **Dezembro de 2025**.

Treinamento	Data	Modalidade	dezembro/2025		
			Participantes	Duração	Horas-homem
Canetas de insulina	04/12/2025	Presencial	1	3:00:00	3:00:00
Nivelamento socioambiental	08/12/2025	Presencial	1	4:00:00	4:00:00
Avaliação de Desempenho para ACS	09/12/2025	Presencial	8	2:00:00	16:00:00
IV - Seminário de Vigilância em Saúde do Trabalhador	12/12/2025	Presencial	3	4:00:00	12:00:00
<b>TOTAL</b>			<b>13</b>	<b>13:00:00</b>	<b>35:00:00</b>

A tabela a seguir apresenta os treinamentos e capacitações da **UBS Altos de Santana** em **Dezembro de 2025**.

Treinamento	Data	Modalidade	dezembro/2025		
			Participantes	Duração	Horas-homem
Capacitação Canetas de Insulina	04/12/2025	Presencial	1	5:00:00	5:00:00
Capacitação - Preenchimento do IVCF-20 e Doença de Alzheimer	08/12/2025	Presencial	2	5:00:00	10:00:00
Capacitação - Preenchimento do IVCF-20 e Doença de Alzheimer	10/12/2025	Presencial	2	5:00:00	10:00:00
Prevenção de Quedas em idosos	10/12/2025	Presencial	1	5:00:00	5:00:00
Matriciamento Quedas	11/12/2025	Presencial	5	5:00:00	25:00:00
IV - Seminário de Vigilância em Saúde do Trabalhador	12/12/2025	Presencial	4	5:00:00	20:00:00
<b>TOTAL</b>			<b>15</b>	<b>30:00:00</b>	<b>75:00:00</b>

A tabela a seguir apresenta os treinamentos e capacitações da **UBS Jardim Telespark** em **Dezembro de 2025**.

Treinamento	Data	Modalidade	dezembro/2025		
			Participantes	Duração	Horas-homem
Canetas de insulina	04/12/2025	Presencial	1	3:00:00	3:00:00
Nivelamento socioambiental	08/12/2025	Presencial	1	4:00:00	4:00:00
Atualização cofinanciamento 2026	09/12/2025	Presencial	6	1:00:00	6:00:00
Avaliação de Desempenho para ACS	09/12/2025	Presencial	4	2:00:00	8:00:00
Prevenção de Quedas em idosos	10/12/2025	Presencial	1	5:00:00	5:00:00
Protocolo de Avaliação de pé diabético	18/12/2025	Presencial	7	1:00:00	7:00:00
<b>TOTAL</b>			<b>20</b>	<b>16:00:00</b>	<b>33:00:00</b>

A tabela a seguir apresenta os treinamentos e capacitações da **UBS Santana** em **Dezembro de 2025**.

Treinamento	Data	Modalidade	dezembro/2025		
			Participantes	Duração	Horas-homem
CAPACITAÇÃO ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO IM - VENTRO GLÚTEO	02/12/2025	Presencial	6	1:00:00	6:00:00
TREINAMENTO CANETAS DE INSULINA	04/12/2025	Presencial	1	3:00:00	3:00:00
NIVELAMENTO SOCIOAMBIENTAL	08/12/2025	Presencial	1	4:00:00	4:00:00
CAPACITAÇÃO LEAN	12/12/2025	Presencial	1	3:00:00	3:00:00
CAPACITAÇÃO CIPA	16/12/2025	Presencial	4	8:00:00	32:00:00
APRESENTAÇÃO INDICADORES	17/12/2025	Presencial	1	4:00:00	4:00:00
<b>TOTAL</b>			<b>14</b>	<b>23:00:00</b>	<b>52:00:00</b>

## Ações em Saúde - Microrregião Norte

### UBS Alto da Ponte



**Lean Gong**



**Hiperdia**



**Grupo de Crochê**



**Reunião CIPA**



**Posse conselheiros CGU UBS Alto da Ponte**



**UBS NA RUA: Ação Dezembro Vermelho - Farma Conde Equipe 1**



**Humanização: Ação de relaxamento e descompressão dos funcionários e entrega de lembrança de natal**



**Ação de Natal Vila Cândida**

## UBS Altos de Santana

**Ação Dezembro Vermelho**, campanha voltada à conscientização, prevenção e combate ao HIV/Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), realizada no Parque Alberto Simões.



**Sala de espera sobre Dezembro Vermelho, orientação aos municíipes referente prevenção e combate ao HIV/Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).**



**Reunião de Alinhamento Operacional: Centro de Distribuição e UBS (Farmácia).**



### Ação Social no Território: Natal Solidário com a Comunidade do CDHU





**Decoração da unidade para o Dezembro Vermelho**, em conscientização, prevenção e combate ao HIV/Aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs).



IV - Seminário de Vigilância em Saúde do Trabalhador- **Tema: "O CUIDADO DEPENDE DE TODOS NÓS. A AÇÃO EM CONJUNTO TRANSFORMA".**



**Organização e entrega de kits de prevenção, contendo preservativos femininos e masculinos, nas ações desenvolvidas no território.**



### Discussão SMS: Prevenção de Quedas em idosos



**Ação Comemorativa: Lembrança de Natal aos Colaboradores (2025)**



### **Apresentação Nivelamento socioambiental**



**Atendimento odontológico por meio de visitas domiciliares a pacientes acamados e domiciliados, conforme necessidade identificada pela equipe de saúde.**



**Ação Comemorativa: Entrega de Cesta Gelada – Natal CEJAM 2026**



### Capacitação Canetas de Insulina- Farmacêuticos



## UBS Jardim Telespark

### Dezembro Vermelho - 02/12/2025

Realizada sala de espera na unidade a fim de intensificar a conscientização e prevenção ao HIV/AIDS e outras infecções sexualmente transmissíveis, distribuídos preservativos e oferecidos testes rápidos para população.



### Confraternização Grupo de Caminhada - 10/12/2025

O Grupo tem como objetivo incentivar a prática de atividade física regular para melhorar a saúde.



### **Reunião sobre queda de idosos na SMS - 10/12/2025**

Discussão de casos com apresentação de plano de ação implementados para mitigação dessa problemática.



### **Método de Nivelamento Socioambiental Sede/Regional - 08/12/2025**



**Ação especial de natal Ubs na rua - 13/12/2025**



**Treinamento Regional / Farmacêuticas - Uso das canetas de insulina**



## **Capacitação atualização do protocolo de avaliação do pé diabetico - 18/12/2025**

Realizado orientação e prática da avaliação do pé diabetico.



## **Atualização do cofinanciamento 2025 - 09/12/2025**



### Ação de Natal Grupo da Horta - Coral Natalino e café saudável



**Ação de saúde Ubs na rua** - Ação realizada dentro da abrangência da equipe 3, na unidade de reabilitação sede de almas para homens usuários de drogas, realizado consulta médica e testes rápidos.



**Ação de saúde Ubs na Rua** - Ação realizada dentro da área de abrangência da equipe 3, unidade de reabilitação Lar Cristão para homens usuários de drogas, realizado consulta médica e testes rápidos.



## Humanização

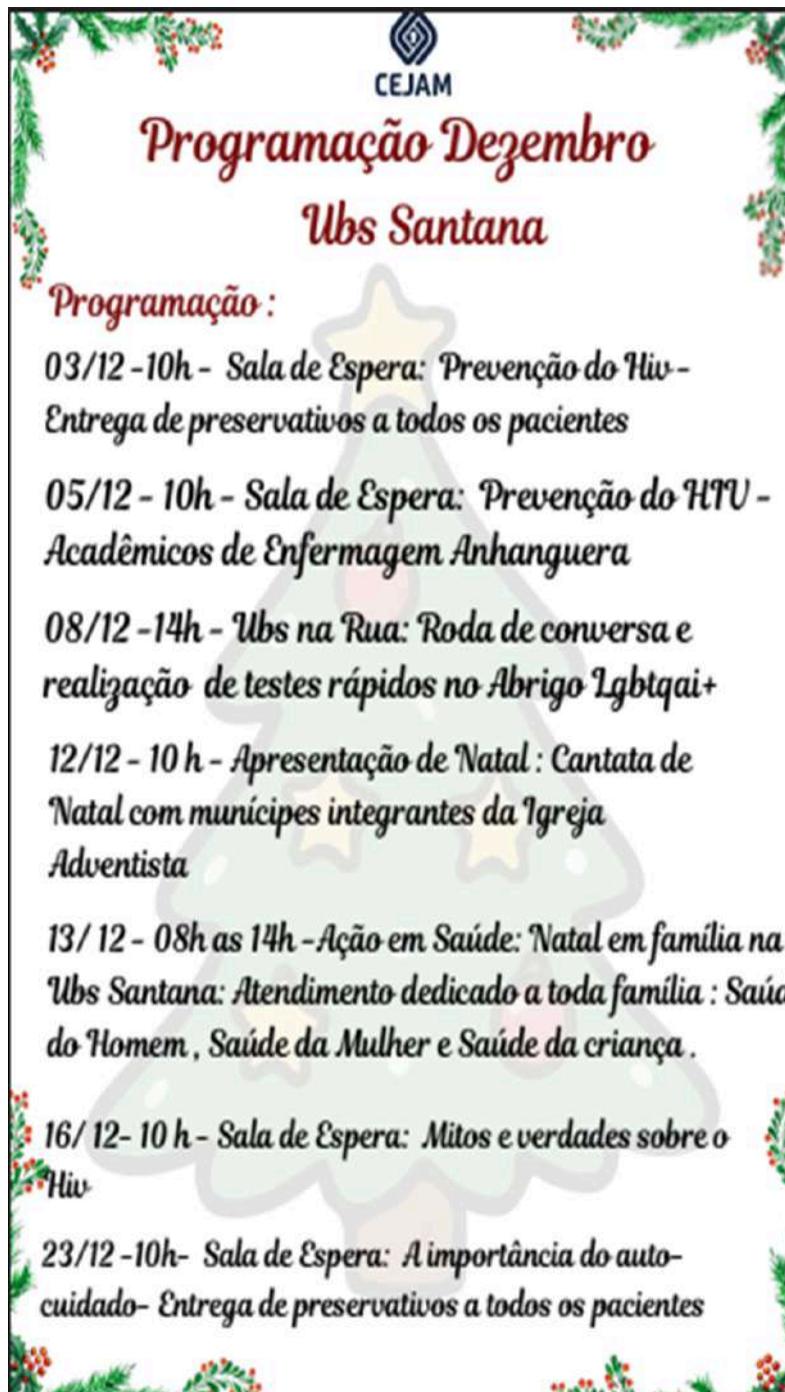
Entregas dos Kits de Natal aos colaboradores CEJAM



Almoço de natal com os funcionários da unidade.



UBS Santana



**CEJAM**

## **Programação Dezembro**

### **Ubs Santana**

**Programação :**

**03/12 - 10h - Sala de Espera: Prevenção do Hiv - Entrega de preservativos a todos os pacientes**

**05/12 - 10h - Sala de Espera: Prevenção do HTV - Acadêmicos de Enfermagem Anhanguera**

**08/12 - 14h - Ubs na Rua: Roda de conversa e realização de testes rápidos no Abrigo Lgbtqai+**

**12/12 - 10 h - Apresentação de Natal : Cantata de Natal com munícipes integrantes da Igreja Adventista**

**13/12 - 08h as 14h - Ação em Saúde: Natal em família na Ubs Santana: Atendimento dedicado a toda família : Saúde do Homem , Saúde da Mulher e Saúde da criança .**

**16/12- 10 h - Sala de Espera: Mitos e verdades sobre o Hiv**

**23/12-10h- Sala de Espera: A importância do auto-cuidado- Entrega de preservativos a todos os pacientes**



**05/12/2025 - Orientação em sala de espera sobre a importância da prevenção do HIV , distribuição de preservativos e auto- teste.**



**08/12/2025- Roda de conversa no abrigo LGBTI+ , abordando a importância da prevenção do HIV . Entrega de auto testes HIV para os abrigados .**



**12/12/2025- Vacinação reforço Covid  
Lar Recanto João de Deus.**





## *Natal em família* **UBS SANTANA**

Convidamos a todos para Participar da  
nossa Ação em Saúde  
“ Natal em família na UBS ”

**13/12/25 - 9:00 ás 13:00**

**Teremos atendimento dedicado para toda a família :**

**Clínico  
Pediatra  
Ginecologista  
Vacina  
Aferição de Dextro e PA  
Pesagem do Bolsa Família**

**Atividades Recreativas para as  
crianças e muito mais !!!**

**Traga sua família e participe  
conosco desse dia Especial !!!**





## Capacitação Administração de Medicação IM – Ventro Glúteo

02/12/2025



04/12/2025

---

**Nivelamento Socioambiental  
Sede/Regional**

08/12/2025



**15/12/2025- Reunião de Alinhamento: Regional, Farmácia e Gerência.**

## Humanização



 **Unidade:** UBS Santana

 **Nome da Ação :** Entrega dos Kits de Natal para os funcionários

 **Data da Ação:** 05/12/25

 **Equipe Responsável**  
Gerência Administrativa

 **Desritivo da Ação** Entrega dos Kits de Natal para os funcionários

 **Público Alvo** 30 pessoas

....



### Café de Natal : Funcionários UBS Santana

## COMISSÕES

Seguem as atas de comissões realizadas nas 04 unidades básicas de saúde da Microrregião Norte.

### UBS Jd Telespark

#### Controle de Infecções - CCIRAS

##### PRÓ MEMÓRIA

<b>DATA</b>	29/12/2025	<b>HORÁRIO</b>	14:00
<b>LOCAL</b>	UBS JARDIM TELESPARK		
<b>ASSUNTO</b>	Comissão de Controle de Infecções - CCIRAS		

##### 1. PAUTAS ABORDADAS

01. Capacitação para colaboradores a preencher ficha de doenças de notificação compulsória, como forma de orientação de equipe multiprofissional na unidade.
02. Preenchimento da planilha de controle dos usuários em tratamento de sífilis sendo preenchida pela enfermagem com reunião semanal para acompanhamento.
03. Elaborado slides para capacitação de equipe.

##### 2. DECISÕES

01. Disponibilizado em cada consultório ficha com relação das doenças de notificação compulsória;
02. Realizar ajustes nos slides voltados para notificação de doenças e outros agravos em saúde para a equipe.

##### 3. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Traçar dia e horário junto a gerência para apresentação de slides como forma de capacitação.	MEMBROS DA COMISSÃO	30 DIAS	

## Gerenciamento de Riscos

### PRÓ MEMÓRIA

<b>DATA</b>	24/11/2025	<b>HORÁRIO</b>	14:00
<b>LOCAL</b>	UBS JARDIM TELESPARK		
<b>ASSUNTO</b>	Comissão de Gerenciamento de Riscos		

#### 1. PAUTAS ABORDADAS

01. Revisão do plano de ação traçado na última reunião com fins de melhoria do fluxo de atendimento e abordagem aos municípios da UBS Telespark pela recepção;
02. Ficha de atendimento da sala de emergência;
03. Treinamento comunicação efetiva relacionada aos atendimentos.

#### 2. DECISÕES

01. Devido ao desfalque no quadro de funcionários da recepção, não foi possível aplicar o treinamento para a equipe. O mesmo aguardará estar com quadro completo para alcançar todos os colaboradores.
02. Realizada capacitação sobre as metas internacionais no mês de novembro alcançando todos os colaboradores, onde foi abordado a meta 2 de segurança, comunicação efetiva, como

#### 3. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Realizar capacitação com a recepção quanto aos fluxos de atendimento e humanização.	MEMBROS DA COMISSÃO	30 DIAS	

## UBS Santana

### Gerenciamento de Riscos



**PRÓ MEMÓRIA**

**DATA:** 10/12/2025      **HORÁRIO:** 07:30

**LOCAL:** UBS Santana

**ASSUNTO:** Protocolos de Segurança

**1. PAUTAS ABORDADAS**

01. Plano operacional para a segurança do paciente.
02. Protocolos de metas de segurança do paciente.

**2. DECISÕES**

01. Apresentação dos protocolos e metas de segurança dos pacientes.

**3. PLANO DE AÇÃO**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Implementação dos protocolos de prevenção de infecções para preservar a saúde e a segurança dos pacientes para toda equipe multi da unidade.	Mariana – Dentista RT.	30 dias	

SCIRAS

	PRÓ MEMÓRIA		
DATA	11/12/2025	HORÁRIO	14:00
LOCAL	UBS SANTANA		
ASSUNTO	REUNIÃO MENSAL - CCIRAS		

**1. PAUTAS ABORDADAS**

1. Análise dos dados anuais , destacando pontos fortes e oportunidades de melhorias . Além de definir estratégias para qualificação dos processos.

**2. DECISÕES**

1- Compartilhado em reunião , sobre a importância da Constituição da CCIRAS na unidade , bem como as melhorias apresentadas durante o ano de 2025.

2- Foi discutida a necessidade de fortalecer ainda mais os processos da CCIRAS , especialmente no que se refere a higienização das mãos e às práticas seguras .

**3. PLANO DE AÇÃO**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Orientar a equipe com o objetivo de fortalecer os processos de CCIRAS , com monitoramento contínuo de conformidade	Membros CCIRAS	28/01/2026	

Classificação da Informação: Uso Interno  
FORADM.CEJAM.QX.004.001

Pág. 1 de 2

**UBS Altos de Santana****COMISSÃO DE ÓBITOS****PRÓ MEMÓRIA**

<b>DATA</b>	01/12/2025	<b>HORÁRIO</b>	16H
<b>LOCAL</b>	UBS ALTOS DE SANTANA		
<b>ASSUNTO</b>	COMISSÃO DE ÓBITOS		

**1. PAUTAS ABORDADAS**

01. Abertura da reunião com Enfermeira Gleidiane agradecendo a presença de todos.
02. Definida a necessidade de reorganização das pastas, melhoria no fluxo de comunicação interna e centralização dos documentos da comissão.
03. Foi realizado **treinamento específico sobre o Procedimento de Entrega de Pertences em casos de óbito**, destinado à equipe envolvida e alinhado às normas da Comissão de Óbito.

**2. DECISÕES**

- 01-Ajustado o fluxo para padronização dos encontros, relatórios e registros.

## COMISSÃO DE CCIRAS



### PRÓ MEMÓRIA

<b>DATA</b>	17/12/2025	<b>HORÁRIO</b>	10h
<b>LOCAL</b>	UBS ALTOS DE SANTANA		
<b>ASSUNTO</b>	COMISSÃO CCIRAS		

#### 1. PAUTAS ABORDADAS

01. Planilhas de acompanhamento
02. Indicadores e planos de ação
03. Fechamento do ano de 2025

#### 2. DECISÕES

01. Avaliação das planilhas de acompanhamento e resultados obtidos.
02. Discussão de melhorias para o próximo ano.

#### 3. PLANO DE AÇÃO

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Preenchimento das planilhas de acompanhamento	CCIRAS	PREENCHIMENTO MENSAL	
Resolução das necessidades da unidade	CCIRAS + Gerente	REAVALIAÇÃO MENSAL	
Revisão das inadequações da unidade	CCIRAS	REAVALIAÇÃO MENSAL	

## COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS



**CEJAM**

### PRÓ MEMÓRIA

<b>DATA</b>	<b>12/12/2024</b>	<b>HORÁRIO</b>	<b>10:00</b>
<b>LOCAL</b>	<b>UBS Altos de Santana</b>		
<b>ASSUNTO</b>	<b>COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS</b>		

#### 1. PAUTAS ABORDADAS

01. Apresentação da Comissão
02. Definição de Estrutura e Responsabilidades
03. Identificação Inicial de Riscos
04. Planejamento de Ações
05. Cronograma e Rotina de Reuniões

#### 2. DECISÕES

01. Nomeação dos Responsáveis
02. Definição de Ferramentas
03. Priorização de Riscos



## PRÓ MEMÓRIA

<b>DATA</b>	19/12/2024	<b>HORÁRIO</b>	10h
<b>LOCAL</b>	UBS ALTOS DE SANTANA		
<b>ASSUNTO</b>	COMISSÃO DE GERENCIAMENTO DE RISCOS		

### 1. PAUTAS ABORDADAS

01. Análise de Incidentes e Eventos Adversos:
02. Acompanhamento de Indicadores de Segurança:
03. Treinamentos e Capacitação da Equipe:
04. Melhoria Contínua dos Protocolos de Segurança:
05. Avaliação de Riscos Emergentes:

### 2. DECISÕES

01. Implementação de Ações Corretivas:
02. Melhorias nos Indicadores de Segurança:
03. Ações de Capacitação e Treinamento:
04. Revisão e Atualização de Protocolos:
05. Identificação e Mitigação de Novos Riscos:

## UBS Alto da Ponte

### PRÓ MEMÓRIA

<b>DATA:</b> 09/12/2025	<b>HORÁRIO:</b> 14h00 às 15h00
<b>LOCAL:</b> UBS ALTO DA PONTE/ SALA 11	
<b>ASSUNTO:</b> ATA de Reunião NSP nº11	

#### 1. PAUTAS ABORDADAS

- 2. Abertura da reunião com agradecendo a presença de todos.
- 3. Tema: Identificar riscos, dificuldades e desafios no atendimento às populações vulneráveis, incluindo idosos, gestantes, imigrantes, pessoas com deficiência, pacientes acamados e indivíduos em situação de vulnerabilidade social,

#### 4. Barreira de comunicação com populações vulneráveis:

- Observada dificuldade de comunicação com pacientes idosos analfabetos e imigrantes;
- Proposto uso de linguagem simples, reforço visual e entrega de orientação escrita resumidas quando necessário.

#### 5. Organização do fluxo para pacientes com limitações físicas:

- Demora no atendimento de pacientes com limitações físicas e dificuldade de locomoção;
- Proposto criação de fluxo prioritário, semelhante ao de triagem, garantindo atendimento ágil e seguro.

#### 6. Segurança medicamentosas:

- Em casos de vulnerabilidade no uso de medicamentos por idosos e pacientes com déficit cognitivo;
- Sugestão de reforço na orientação e entrega de cartão simples na medicação com horários e cores ou sol e lua;
- Decidido que a equipe irá avaliar o caso que necessite de acompanhamento ativo com dispensa diária.

#### 7. Risco no acompanhamento de gestantes e crianças:

- Intercorrência por falta no comparecimento às consultas por falta de entendimento do calendário pré-natal e puericultura;
- Proposto que o ACS reforce as visitas com lembretes;
- Sugestão de painel de controle mensal para identificar gestantes faltantes.

#### 8. Atenção a pacientes socialmente vulneráveis:

- Casos de pacientes com risco social elevado( falta de moradia, violência doméstica, dependência química );
- Necessidade de fortalecer o fluxo com CRAS / CREAS por parte do assistente social e da equipe da unidade.

### PRÓ MEMÓRIA

<b>DATA:</b> 09/12/2025	<b>HORÁRIO:</b> 14h00 às 15h00
<b>LOCAL:</b> UBS ALTO DA PONTE/ SALA 11	
<b>ASSUNTO:</b> ATA de Reunião NSP nº11	

#### 9. Registro de informações em prontuário:

- Reforço a importância do registro claro em prontuário de todo atendimento prestado pelo profissional para com o paciente.

#### 10. Plano de ação:

- Orientação dos ACS para realizar as visitas para o lembrete de suas consultas para as gestantes faltantes;
- Padronizar registro de vulnerabilidade em prontuário;
- Fluxo prioritário de pacientes com dificuldade de locomoção;
- Desenvolver cartão de medicação com esquema simplificado para idosos;

#### 11. Encerramento:

Reforçando a importância da comunicação clara, escuta ativa e notificação de incidentes, especialmente quando envolvem pacientes vulneráveis.

#### 12. Participantes



**PRÓ MEMÓRIA**

<b>DATA</b>	22/12/2025	<b>HORÁRIO</b>	11:00
<b>LOCAL</b>	UBS ALTO DA PONTE		
<b>ASSUNTO</b>	Reunião de comissão núcleo ccras		

**1. PAUTAS ABORDADAS**

- Kit parto;
- Supervisão dos setores da unidade frente ao controle de infecção.
- Visita técnica;
- Plano de contingência odontologia;

Abertura da reunião com enfermeira Laura Fabiana Elias Mancia,

**2. PLANO DE AÇÃO**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Previsão das planilhas	Técnico de enfermagem escalado	preenchimento diário	
Rastreio dos pacientes pós cirurgia odontológica	RT odonto	Em análise	sendo realizado
Kit parto	Farmacêutica RT	solicitado ao setor responsável	em processo de compra

## MANUTENÇÃO

## Manutenção - Resumo Executivo

Durante o período analisado, o Departamento de Gestão de Infraestrutura através da equipe regional executou um conjunto de ações para garantir a manutenção e melhoria das instalações físicas e equipamentos. Destacamos:

**Manutenção Predial:** Realização de manutenção preventiva e corretiva através da implementação do Caderno de Inspeção, manutenção preventiva e corretiva, promovendo a segurança e funcionalidade do ambiente físico.

**Projetos Arquitetônicos:** Visitas técnicas para elaboração de projetos arquitetônicos visando reformas e adaptações, garantindo conformidade normativa e melhoria na estrutura física.

**Engenharia Clínica:** Manutenção regular de equipamentos de suporte à vida e sistemas médicos, assegurando a continuidade e qualidade dos serviços de saúde.

### Manutenção Preventiva

Foram realizadas ações programadas para manter sistemas e estruturas em perfeito funcionamento. Foram feitas inspeções e manutenções regulares nos sistemas elétricos, hidráulicos, de climatização, de acessibilidade e de emergência.

### Manutenção Corretiva

Durante o período, foram respondidas solicitações de manutenção corretiva, incluindo reparos emergenciais.

### Planejamento e Frequência

Adotamos um planejamento de manutenção preventiva com revisões mensais para sistemas críticos, revisões trimestrais para equipamentos de menor criticidade e revisões anuais em áreas de baixa utilização.

### Melhorias realizadas:

- Cronograma de treinamento
- Fornecimento do sistema de engenharia clínica Arkmeds sem custo para a instituição
- Inventário cadastrado no sistema
- Calibrações e Testes de segurança elétrica executados
- Verificação metrológica (Inmetro) de esfigmos e balanças executada
- Criação de ronda de inspeção para as UBS semanalmente
- Criação do POP do CME, onde o documento atesta e valida os itens e equipamentos em uso no CME;
- Acordado com a gestão o fornecimento do QR CODE para cada equipamento, com a leitura do manual de uso.

#### **Melhorias em execução:**

- Conclusão dos treinamentos das UBS com equipe de manutenção.

#### **Manutenção - UBS Alto da Ponte**

#### **Manutenção Predial**

#### **Ações realizadas em Dezembro**

- Poda Grama;
- Instalação de prateleira no depósito;
- Solda maca ginecológica sala 9;
- troca de puxadores maca sala 9.



**Instalação prateleiras depósito**



**Instalação puxador**

## **Projetos Arquitetônicos**

Neste 2º semestre de 2025 as UBSs estão empenhadas na elaboração e preparo do acervo para obtenção do Laudo Técnico de Avaliação (LTA) junto à Vigilância Sanitária do Município de São José dos Campos.

### **Engenharia Clínica**

Manutenção regular de equipamentos de suporte à vida e sistemas médicos, assegurando a continuidade e qualidade dos serviços de saúde.

<b>UBS ALTO DA PONTE</b>				<b>dez-25</b>
<b>Equipamento</b>	<b>Serviço</b>	<b>Qde.</b>	<b>Peça (aplicada)</b>	<b>Status do Equipamento</b>
BALANÇA WELMY R110 130043	REVISÃO LOCAL	-	-	Em uso.
SELADORA SM350 PLUS 350P0223	REVISÃO LOCAL	-	-	Em uso.
JOGO DE LARINGOSCÓPIO	REVISÃO LOCAL	-	-	Em uso.

UBS ALTO DA PONTE			dez-25
Item	Indicador	Objetivo	%
1	% de Equipamentos Inventariados (cadastados)	Garantir que se tenha controle total e rastreável do parque tecnológico assistencial, permitindo a gestão segura, padronizada e regulatória dos ativos.	100%
2	% de Equipamentos Críticos Operacionais	Avaliar a disponibilidade e confiabilidade dos recursos essenciais para o funcionamento da operação.	100%
3	% de Manutenções Preventivas Realizadas	Avaliar o cumprimento do plano de manutenção preventiva, que é essencial para a confiabilidade e a longevidade dos equipamentos.	100%
4	% de Equipamentos com Calibração em Dia	Garantir a confiabilidade dos equipamentos e a conformidade com normas técnicas, legais e de qualidade.	100%
5	% de Equipamentos com Teste de Segurança Elétrica Executados (TSE)	Garantir a segurança dos usuários, prevenir riscos elétricos e atender normas técnicas e legais.	100%

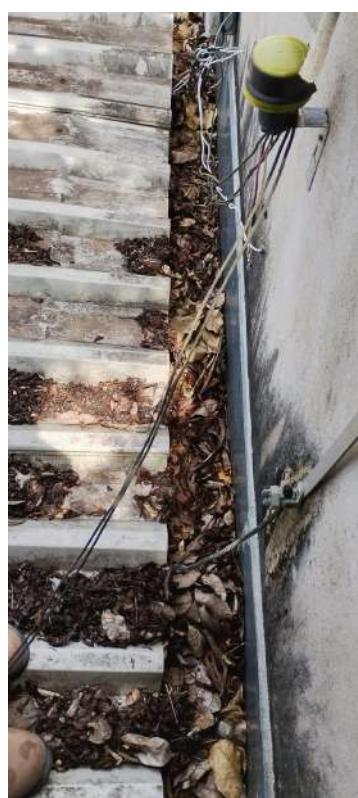
## Manutenção - UBS Altos de Santana

### Manutenção Predial

Ações realizadas no dia 11 de Dezembro de 2025:

Ações realizadas:

- Limpeza das calhas;
- Troca dos filtros dos bebedouros recepção e copa;
- Instalação de ventilador na hipodermia;
- Troca torneira do bebedouro copa;
- Protetor para descarga.





## Projetos Arquitetônicos

Neste 2º semestre de 2025 as UBSs estão empenhadas na elaboração e preparo do acervo para obtenção do Laudo Técnico de Avaliação (LTA) junto à Vigilância Sanitária do Município de São José dos Campos.

No dia 29/05/2025 foi protocolado via sistema informatizado sob número 57893/2025 o acervo contendo as documentações necessárias para obtenção do LTA da UBS Altos de Santana.

## Engenharia Clínica

Ações realizadas no período de competência:

UBS ALTOS DE SANTANA				dez-25
Equipamento	Serviço	Qtde.	Peça	Status do Equipamento
ESFIGMOMANÔMETRO ANERÓIDE 3832792	REVISÃO LOCAL	-	-	Em uso.
ESFIGMOMANÔMETRO ANERÓIDE 1648703	REVISÃO LOCAL	-	-	Em uso.

UBS ALTOS DE SANTANA			dez-25
Item	Indicador	Objetivo	%
1	% de Equipamentos Inventariados (cadastrados)	Garantir que se tenha controle total e rastreável do parque tecnológico assistencial, permitindo a gestão segura, padronizada e regulatória dos ativos.	100%
2	% de Equipamentos Críticos Operacionais	Avaliar a disponibilidade e confiabilidade dos recursos essenciais para o funcionamento da operação.	100%
3	% de Manutenções Preventivas Realizadas	Avaliar o cumprimento do plano de manutenção preventiva, que é essencial para a confiabilidade e a longevidade dos equipamentos.	100%
4	% de Equipamentos com Calibração em Dia	Garantir a confiabilidade dos equipamentos e a conformidade com normas técnicas, legais e de qualidade.	100%
5	% de Equipamentos com Teste de Segurança Elétrica Executados (TSE)	Garantir a segurança dos usuários, prevenir riscos elétricos e atender normas técnicas e legais.	100%

## Manutenção - UBS Jardim Telespark

### Ações realizadas em Dezembro de 2025:

- Realizado lavagem da unidade para pintura posteriormente;
- Troca do sifão do tanque;
- Troca do registro do bebedouro da recepção e higienização do refil.





## **Projetos Arquitetônicos**

Neste 2º semestre de 2025 as UBSs estão empenhadas na elaboração e preparo do acervo para obtenção do Laudo Técnico de Avaliação (LTA) junto à Vigilância Sanitária do Município de São José dos Campos.

## **Engenharia Clínica**

Ações realizadas no período de competência:

UBS JARDIM TELESPARK				dez-25
Equipamento	Serviço	Qtde.		Status do Equipamento
BALANÇA P500C 51163	REVISÃO LOCAL	-	-	Em uso.

UBS JARDIM TELESPARK			dez-25
Item	Indicador	Objetivo	%
1	% de Equipamentos Inventariados (cadastrados)	Garantir que se tenha controle total e rastreável do parque tecnológico assistencial, permitindo a gestão segura, padronizada e regulatória dos ativos.	100%
2	% de Equipamentos Críticos Operacionais	Avaliar a disponibilidade e confiabilidade dos recursos essenciais para o funcionamento da operação.	100%
3	% de Manutenções Preventivas Realizadas	Avaliar o cumprimento do plano de manutenção preventiva, que é essencial para a confiabilidade e a longevidade dos equipamentos.	100%
4	% de Equipamentos com Calibração em Dia	Garantir a confiabilidade dos equipamentos e a conformidade com normas técnicas, legais e de qualidade.	100%
5	% de Equipamentos com Teste de Segurança Elétrica Executados (TSE)	Garantir a segurança dos usuários, prevenir riscos elétricos e atender normas técnicas e legais.	100%

## Manutenção - UBS Santana

### Manutenção Predial

- Poda da Grama
- Reparo vasos sanitários
- Troca de tomadas



09/12/2025  
Poda da Grama



Troca de tomadas

## Projetos Arquitetônicos

Neste 2º semestre de 2025 as UBSs estão empenhadas na elaboração e preparo do acervo para obtenção do Laudo Técnico de Avaliação (LTA) junto à Vigilância Sanitária do Município de São José dos Campos.

## Engenharia Clínica

Ações realizadas no período de competência:

UBS SANTANA				dez-25
Equipamento	Serviço	Qtde.	Peça	Status do Equipamento
SELADORA P4000CT 0027446	REVISÃO LOCAL	-	-	Em uso.

UBS SANTANA			dez-25
Item	Indicador	Objetivo	%
1	% de Equipamentos Inventariados (cadastrados)	Garantir que se tenha controle total e rastreável do parque tecnológico assistencial, permitindo a gestão segura, padronizada e regulatória dos ativos.	100%
2	% de Equipamentos Críticos Operacionais	Avaliar a disponibilidade e confiabilidade dos recursos essenciais para o funcionamento da operação.	100%
3	% de Manutenções Preventivas Realizadas	Avaliar o cumprimento do plano de manutenção preventiva, que é essencial para a confiabilidade e a longevidade dos equipamentos.	100%
4	% de Equipamentos com Calibração em Dia	Garantir a confiabilidade dos equipamentos e a conformidade com normas técnicas, legais e de qualidade.	100%
5	% de Equipamentos com Teste de Segurança Elétrica Executados (TSE)	Garantir a segurança dos usuários, prevenir riscos elétricos e atender normas técnicas e legais.	100%

## **PATRIMÔNIO**

Não houve, neste período, aquisição de equipamentos.

### **Patrimônio - UBS Alto da Ponte**

Não constam equipamentos em manutenção.

### **Patrimônio - UBS Santana**

Não constam equipamentos em manutenção.

### **Patrimônio - UBS Alto de Santana**

Não constam equipamentos em manutenção.

### **Patrimônio - UBS Telespark**

Não houve neste período aquisição de equipamentos e não constam equipamentos em manutenção.

## **ABASTECIMENTO**

Sistema SALUTEM em funcionamento fazendo a gestão de suprimentos nas Unidades Básicas de Saúde. Desta forma, o CEJAM e os serviços acompanham o uso/estoque de insumos e medicamentos por centro de custo e os gestores dos serviços, poderão mensurar o consumo local.

Cordialmente,



Thalita Ruiz Lemos da Rocha  
Gerente Técnica - CEJAM  
COREN: 217175

**THALITA RUIZ LEMOS DA ROCHA**  
**Gerente Técnico Regional**



# **Relatório de Atividades Assistenciais**

**PRONTO ATENDIMENTO**

**UPA 24H PORTE II ALTO DA PONTE**

**Contrato de Gestão nº408/2024**

**SÃO JOSÉ DOS CAMPOS**

**Dezembro**

**2025**



**Prefeitura Municipal de São José dos Campos**

**DIRETOR DEPARTAMENTO HOSPITALAR E EMERGÊNCIAS**

Wagner Marques

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**

George Zenha

**CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS “DR. JOÃO AMORIM”**



**DIRETOR DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

Mário Santoro Júnior

**DIRETOR TÉCNICO**

Renato Tardelli

**GERENTE TÉCNICO REGIONAL**

Thalita Ruiz Lemos da Rocha

## SUMÁRIO

<b>1. HISTÓRICO E PERfil INSTITUCIONAL</b>	<b>4</b>
<b>2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES</b>	<b>6</b>
<b>3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	<b>6</b>
<b>4. FORÇA DE TRABALHO</b>	<b>8</b>
<b>5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS</b>	<b>19</b>
<b>6. INDICADORES</b>	<b>124</b>
<b>7. INDICADORES DE GESTÃO - UPA ALTO DA PONTE</b>	<b>137</b>
<b>8. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO</b>	<b>149</b>
<b>9. COMISSÕES E COMITÊS</b>	<b>158</b>
<b>10. EDUCAÇÃO PERMANENTE</b>	<b>184</b>
<b>11. CAPACITAÇÕES, MELHORIAS E AÇÕES EM SAÚDE</b>	<b>188</b>

## **1. HISTÓRICO E PERFIL INSTITUCIONAL**

### **1.1 Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim - CEJAM**

O Centro de Estudos e Pesquisas "Dr. João Amorim" - CEJAM é uma entidade sem fins lucrativos fundada em 20 de maio de 1991 por um grupo de médicos, advogados e profissionais de saúde do Hospital Pérola Byington - Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil – CRSMNADI para dar apoio àquela Instituição.

Seu nome é uma homenagem ao Dr. João Amorim, médico obstetra, um dos seus fundadores e 1º Diretor Clínico do Hospital Pérola Byington, com ampla experiência na administração em saúde.

**Com o lema “Prevenir é Viver com Qualidade”, é qualificado como Organização Social (OSS) em vários municípios com reconhecida experiência na gestão de serviços de saúde, atuando por meio de contratos de gestão e convênios em parceria com o Poder Público.**

Atualmente, o CEJAM conta com mais de 120 serviços e programas de saúde nos municípios de São Paulo, Mogi das Cruzes, Rio de Janeiro, Peruíbe, Cajamar e Campinas, sendo uma Instituição de excelência no apoio ao Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **Visão**

"Ser a melhor instituição nacional na gestão de saúde populacional".

#### **Missão**

"Ser instrumento transformador da vida das pessoas por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde".

#### **Valores**

- Valorizamos a vida;
- Estimulamos a cidadania;
- Somos éticos;
- Trabalhamos com transparência;
- Agimos com responsabilidade social;
- Somos inovadores;
- Qualificamos a gestão.

### **Pilares Estratégicos**

- Humanização;
- Atenção à Saúde;
- Equipe Multidisciplinar;
- Geração e Disseminação de Conhecimento;
- Tecnologia da Informação;
- Ecossistema em Saúde.

### **Lema**

"Prevenir é Viver com Qualidade".

### **1.2 Contrato de Gestão nº 408/2024**

Em 01/10/2024 iniciou o novo Contrato de Gestão nº 408/2024 , o referido contrato visa a implantação e o gerenciamento técnico para a **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H PORTE II – ALTO DA PONTE E UNIDADES DE SAÚDE DA REDE ASSISTENCIAL: UBS ALTO DA PONTE, UBS ALTOS DE SANTANA, UBS JD. TELESPARK E UBS SANTANA**, este contrato tem como principal objetivo fortalecer a saúde local. Com esta interação será possível realizar planejamento regionalizado, gestão eficiente, integração entre a UPA e as UBSs, resposta rápida às necessidades e participação comunitária.

A UPA ALTO DA PONTE realizará os procedimentos de baixa e média complexidade com ênfase no atendimento de Urgência e Emergência em

Pediatria e Clínica Médica. Disponibilizará os atendimentos de Urgência 24 horas por dia, ininterruptamente, considerados como tais os atendimentos não programados. Será unidade de atendimento por demanda espontânea e referenciada via APH.

A UPA ALTO DA PONTE referenciam pacientes após estabilização das condições clínicas, para internação em unidades hospitalares com pontuação municipal.

A UPA ALTO DA PONTE tem 02 leitos de sala vermelha, 04 sala amarela, e 06 leitos de observação adultos sendo 03 femininos e 03 masculinos, 06 leitos infantis e 02 leitos de isolamento (01 adulto e 01 infantil), em consequência dos atendimentos de Urgência, por período de até 24h (não caracterizando internação hospitalar);

## **2. ESTRUTURA DE MONITORAMENTO DAS ATIVIDADES**

Todas as atividades realizadas na unidade são monitoradas por sistema informatizado SALUTEM e ao fim de cada mês, compilados em gráficos seguidos de análises críticas, visando o aprimoramento dos processos.

## **3. AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

O processo de avaliação e acompanhamento dos serviços de saúde são realizados através de **relatório mensal** e a cada 04 meses realizado o **relatório quadrimestral** e o **anual**.

O presente relatório apresenta as atividades desenvolvidas no período de **01 a 31 de dezembro de 2025**.

**TABELA ANEXO IIB**

	<b>Meta</b>	<b>2025</b>
		<b>Dez</b>
1.1 Percentual do número de leitos	100%	100%
1.2 Equipe Mínima de Profissionais	100%	100%
2.1 Percentual de pacientes atendidos por médico conforme tempo definido em, no máximo, 2 horas	90%	93%
2.2 Taxa de Mortalidade na unidade de emergência ≤ 24h	4%	1,08%
2.3 Percentual de pacientes com suspeita de AVC atendidos conforme linha de cuidados do AVC	100%	100%
2.4 Percentual de pacientes trombolizados + percentual de pacientes encaminhados para ICP conforme linha de cuidados do IAM	100%	100%
2.5 Cumprimentos e metas dos indicadores de linha de cuidado TRAUMA	100%	94,55%
2.6; 2.7; e 2.8; Índice de suspeição de SEPSE e abertura do protocolo; Número de pacientes que não receberam tratamento precoce de SEPSE; Adesão ao protocolo.	100%	100%
2.9 Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhados para UBS	100%	100%
2.10 Percentual de atendimento a pacientes encaminhados pelos serviços de atendimento pré-hospitalar (SAMU, bombeiros, etc.)	100%	100%
2.11 Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco	100%	100%
2.12 Proporção de notificações de agravos de notificação compulsória	100%	100%
2.13 Nova consulta em menos de 24 horas	< 5%	0,34%
3.1 Consultas em clínica médica	8500	10345
3.2 Consultas em pediatria	3200	2014
3.3 Proporção de pacientes atendidos para procedimentos de enfermagem na medicação menor que 1 hora	100%	100%
4.1 Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturados no período	70%	100%
4.2 Proporção de atendimento prioritário A pessoas vulneráveis	60% /100%	100%
4.3 Percentual de comissões atuantes e regulares	100%	100%
5.1 Monitoramento da manifestação do cliente, avaliação de reclamação e sugestões	100%	100%

5.2 Percentual de usuários satisfeitos/ muito satisfeitos

&gt;80%

89%

## 4. FORÇA DE TRABALHO

A força de trabalho efetiva no período avaliado foi de **203** colaboradores CLT e **97** colaboradores PJs . O quadro abaixo apresenta a relação de colaboradores (CLT) previstos e efetivos no período de referência, estratificados por cargo.

### 4.1 Dimensionamento - Colaboradores CLT e PJ (item 1.2 anexo II B )

#### 4.1.1 Dimensionamento colaboradores CLT

Setor	Cargo	Previsto	Efetivo	Δ
Assistencial	RT Médico	1	1	<span style="color: green;">✓</span>
	Coordenador Médico Clínico	1	1	<span style="color: green;">✓</span>
	Coordenador Médico Pediátrico	1	1	<span style="color: green;">✓</span>
	Enfermeiro	38	38	<span style="color: green;">✓</span>
	Técnico de Enfermagem	80	87	<span style="color: red;">↑</span>
	Enfermeiro RT	1	1	<span style="color: green;">✓</span>
	Enfermeiro de Educação Permanente	1	1	<span style="color: green;">✓</span>
	Enfermeiro da CCIH	1	1	<span style="color: green;">✓</span>
	Técnico de CME	1	1	<span style="color: green;">✓</span>
	Supervisor noturno (Enfermeiro)	2	2	<span style="color: green;">✓</span>
	Assistente Social	2	2	<span style="color: green;">✓</span>
	Farmacêutico	4	4	<span style="color: green;">✓</span>
	Farmacêutico Responsável Técnico	1	1	<span style="color: green;">✓</span>
	Nutricionista	1	1	<span style="color: green;">✓</span>
Administrativa	Técnico de Radiologia	7	7	<span style="color: green;">✓</span>
	RT Radiologia	1	1	<span style="color: green;">✓</span>
	Auxiliar de Farmácia	4	5	<span style="color: red;">↑</span>
	Engenharia Clínica	1	1	<span style="color: green;">✓</span>
	Auxiliar administrativo	3	3	<span style="color: green;">✓</span>
	Concierge	1	1	<span style="color: green;">✓</span>

	Repcionista	10	10	<input checked="" type="checkbox"/>
	Técnico de Informática	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
	Técnico de Segurança do trabalho	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
	Supervisor administrativo/recepção	1	0	<span style="color: red;">↓</span>
	Auxiliar de Almoxarifado	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
	Auxiliar de arquivo	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
	Auxiliar de Manutenção	2	2	<input checked="" type="checkbox"/>
	Copeira	4	4	<input checked="" type="checkbox"/>
	Vigilante	4	4	<input checked="" type="checkbox"/>
	Controlador de acesso	12	12	<input checked="" type="checkbox"/>
	Auxiliar de Higiene / Serviços Gerais	12	12	<input checked="" type="checkbox"/>
	Auxiliar Serviços Gerais	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
	Líder da Higiene	1	1	<input checked="" type="checkbox"/>
	Motorista/ ambulância	4	4	<input checked="" type="checkbox"/>

**Análise Crítica:** No mês de dezembro, a unidade manteve a estratégia de gestão de pessoal adotada ao longo dos meses anteriores, demonstrando organização, planejamento e capacidade de resposta frente às variações do quadro funcional. Mesmo em um período marcado por maior incidência de férias e afastamentos, o cenário organizacional permaneceu estável, garantindo a continuidade das atividades e a qualidade dos serviços prestados.

A equipe de Técnicos de Enfermagem segue com uma estrutura robusta, contando com 87 colaboradores para os 80 previstos no plano de trabalho, dos quais 7 permanecem afastados. Esse quantitativo ampliado continua sendo um fator estratégico para a manutenção da assistência, prevenindo riscos de subdimensionamento e assegurando estabilidade operacional, especialmente em um mês de maior sensibilidade assistencial como dezembro.

No setor da Farmácia, o quadro está composto por cinco colaboradores auxiliares, considerando um afastamento pelo INSS. Encontra-se a vaga aberta para cobertura, reforçando o compromisso da gestão com a recomposição da equipe e a preservação da continuidade dos processos. O setor segue operando de forma organizada, garantindo suporte às rotinas da unidade.

Na Recepção, após a dispensa ocorrida, a vaga para reposição permanece aberta. A gestão segue acompanhando o processo de contratação, com foco em restabelecer o quadro funcional e assegurar a regularidade do atendimento ao público, bem como a previsibilidade das escalas.

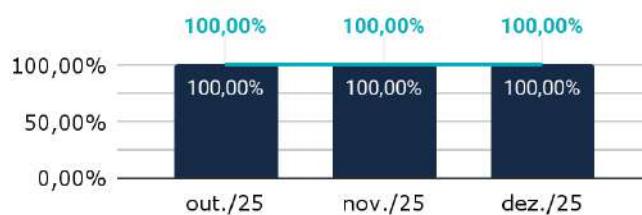
De modo geral, o cenário de dezembro permanece positivo e dentro dos parâmetros de segurança assistencial planejados. A unidade demonstra uma gestão de pessoal eficiente, com monitoramento contínuo, abertura oportuna de vagas para reposição e manutenção de quadros suplementares em áreas estratégicas. Esses fatores reforçam a capacidade da instituição de enfrentar variações no quadro funcional sem comprometer a qualidade do atendimento e a continuidade operacional.

## **4.2 Indicadores de Gestão de Pessoas**

### **4.2.1 Equipe Mínima de Profissionais**

**Equipe Mínima de Profissionais**

■ Resultado ■ Meta



**Análise Crítica:** No mês de dezembro, o dimensionamento de pessoal manteve-se adequado e bem equilibrado, assegurando a cobertura necessária

para o pleno funcionamento das atividades assistenciais e administrativas da unidade

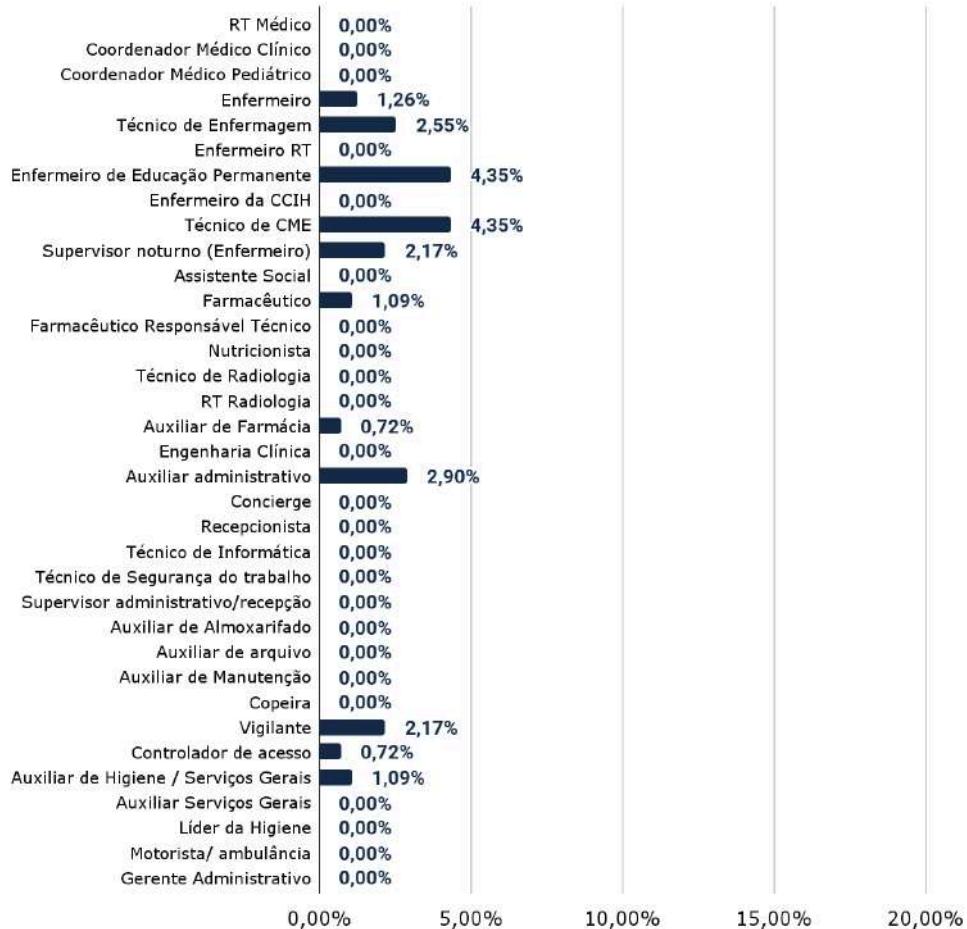
A atuação da gestão permaneceu eficaz, com acompanhamento contínuo do quadro funcional e adoção de medidas oportunas para organização das equipes. Os processos de planejamento, redistribuição de profissionais e monitoramento de afastamentos demonstraram maturidade, permitindo que a unidade mantivesse a regularidade dos serviços e a fluidez das atividades.

A estrutura de pessoal apresentou-se organizada e compatível com as demandas institucionais, garantindo que as funções estratégicas fossem devidamente atendidas. O alinhamento entre as áreas contribuiu para a estabilidade das escalas, favorecendo a previsibilidade do trabalho e a continuidade dos atendimentos prestados à população.

De forma geral, o dimensionamento de pessoal em dezembro evidencia um cenário consistente e positivo. A unidade demonstra capacidade de adaptação e controle eficiente de seus recursos humanos, assegurando qualidade, segurança operacional e manutenção dos padrões organizacionais, consolidando a evolução observada ao longo dos últimos meses.

#### 4.2.2 Absenteísmo

Absenteísmo



**Análise Crítica:** No mês de dezembro, a análise dos índices de absenteísmo da unidade evidencia a manutenção de um cenário favorável, com resultados controlados e, em sua maioria, inferiores ou compatíveis aos observados no mês anterior. O comportamento geral reflete a consolidação das ações de acompanhamento contínuo das equipes e o fortalecimento das práticas de gestão voltadas à assiduidade. Entre os enfermeiros, o índice registrado foi de 1,26%, demonstrando leve redução em relação ao mês anterior e reforçando o bom desempenho da categoria. O resultado indica estabilidade e compromisso com a

regularidade assistencial, sem impactos relevantes na organização do serviço. Os técnicos de enfermagem apresentaram absenteísmo de 2,55%, mantendo-se dentro de um patamar considerado satisfatório e evidenciando controle adequado das ausências. O percentual contribui para a continuidade da assistência e não gerou prejuízos à dinâmica operacional da unidade.

O cargo de supervisor de enfermagem registrou taxa de 2,17%. Considerando que a função é composta por apenas dois colaboradores, o percentual deve ser analisado de forma proporcional. Pequenas ausências pontuais tendem a impactar mais significativamente o índice, sem, contudo, indicar tendência negativa ou fragilidade na gestão da equipe.

O enfermeiro de educação permanente apresentou absenteísmo de 4,35%. Esse percentual mais elevado está diretamente relacionado ao fato de a função ser ocupada por apenas um colaborador, o que torna o indicador sensível a qualquer ausência isolada. Trata-se, portanto, de uma variação pontual, sem reflexos estruturais ou prejuízos às atividades estratégicas da unidade. De forma semelhante, o técnico do CME apresentou absenteísmo de 4,35%. Esse percentual está diretamente relacionado ao fato de a função ser ocupada por apenas um colaborador, trata-se, portanto, de uma variação pontual, sem caracterizar recorrência ou gerar impactos estruturais nas atividades do setor.

Na área da Farmácia, os indicadores permaneceram bastante positivos. O farmacêutico apresentou taxa de 1,09%, enquanto o auxiliar de farmácia registrou 0,72%, demonstrando excelente controle das ausências e reforçando a estabilidade do setor, fundamental para a segurança e fluidez dos processos internos.

Entre as funções administrativas, o auxiliar administrativo apresentou absenteísmo de 2,90%, percentual considerado compatível com a dinâmica do setor e sem impacto relevante sobre as rotinas institucionais.



Os vigilantes registraram índice de 2,17%, mantendo-se dentro de um intervalo estável e adequado às demandas operacionais da função. Já o controlador de acesso apresentou absenteísmo de 0,72%, evidenciando elevado nível de assiduidade e regularidade no cumprimento das escalas.

Na área de higiene, o índice foi de 1,09%, reforçando o bom desempenho da categoria e a continuidade da melhoria observada nos meses anteriores, com impacto positivo na organização e segurança do ambiente institucional.

De forma geral, o mês de dezembro consolida um cenário positivo em relação ao absenteísmo, com a maioria das categorias apresentando índices baixos e controlados. Os percentuais mais elevados concentram-se em cargos com equipes reduzidas ou unipessoais, condição que naturalmente amplia o impacto de ausências isoladas nos indicadores, sem caracterizar tendência preocupante. A atuação preventiva da gestão, aliada ao monitoramento sistemático e à leitura contextualizada dos dados, segue sendo fundamental para a manutenção da estabilidade operacional e o fortalecimento da cultura de assiduidade na unidade.

#### 4.2.3 Turnover



**Análise Crítica:** No setor assistencial, o mês de dezembro foi marcado pela consolidação das estratégias de gestão do quadro de pessoal, com foco na manutenção das equipes completas e na estabilidade da operação da unidade. Ao longo do período, as ações de contratação e recomposição de vagas contribuíram para garantir cobertura adequada em todas as áreas essenciais, assegurando a continuidade dos serviços assistenciais e administrativos com qualidade, segurança e regularidade.

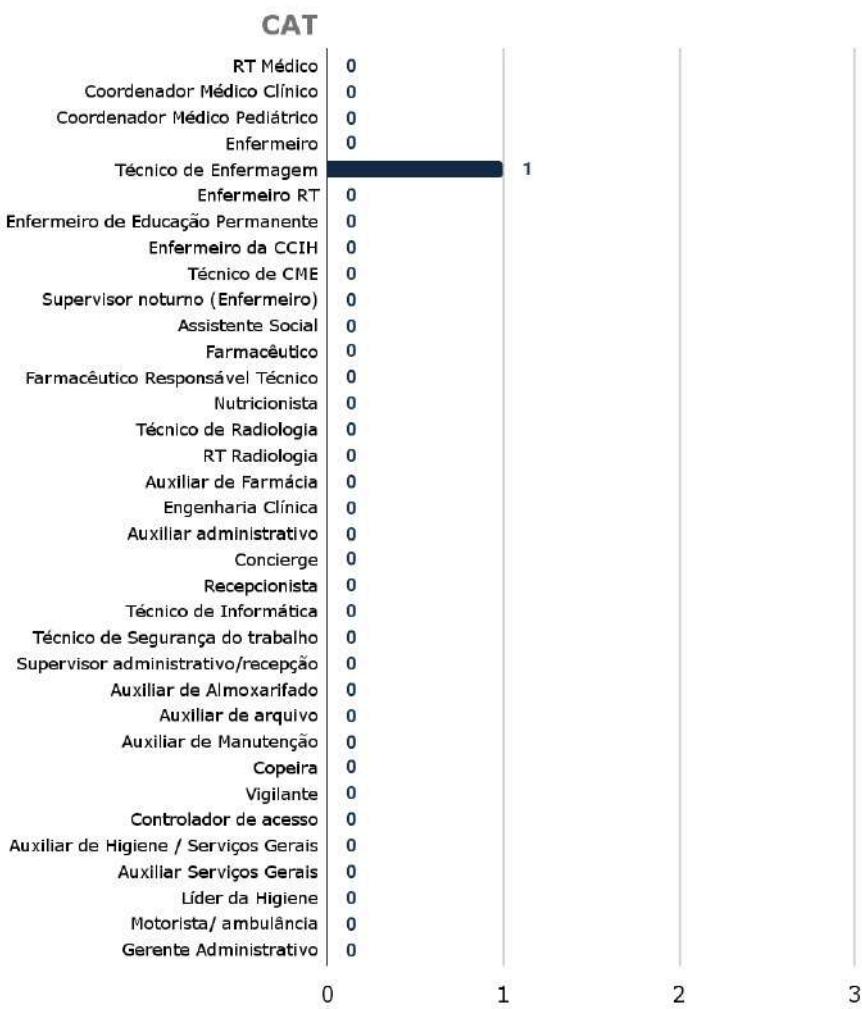
A manutenção de um quadro funcional estruturado refletiu-se diretamente nos baixos índices de absenteísmo observados. Entre os enfermeiros, o percentual registrado foi de 0,46%, enquanto os técnicos de enfermagem apresentaram 0,69%, indicadores que reforçam a efetividade das contratações realizadas e o adequado dimensionamento das equipes. Esses resultados favoreceram a estabilidade das escalas e a fluidez do atendimento, sem necessidade de ajustes emergenciais.

No setor de apoio, os auxiliares de higiene registraram absenteísmo de apenas 0,23%, evidenciando que a recomposição e organização do quadro também se mostraram eficazes nessa área. O alinhamento entre contratações, planejamento de escalas e acompanhamento da equipe contribuiu para a manutenção das rotinas operacionais e das condições adequadas do ambiente assistencial.

As movimentações de pessoal ocorridas ao longo do mês, incluindo admissões e ajustes pontuais no quadro, foram conduzidas de forma planejada e estratégica, não gerando impactos negativos na rotina da unidade. A gestão manteve acompanhamento contínuo das necessidades de pessoal, garantindo respostas ágeis e assertivas às demandas operacionais.

De forma geral, os resultados de dezembro demonstram que as ações de contratação e gestão de pessoas foram conduzidas de maneira eficiente e alinhada às necessidades institucionais. A unidade apresenta um quadro de pessoal equilibrado, com equipes bem dimensionadas e estáveis, reforçando sua capacidade de manter elevados padrões de qualidade, segurança e organização, mesmo em um período tradicionalmente mais desafiador.

#### 4.2.4 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)



**Análise crítica:** A colaboradora deu entrada no serviço de emergência após relatar queda do próprio nível, decorrente de tropeço em buraco existente na calçada, enquanto se dirigia ao ponto de ônibus, em trajeto habitual entre seu local de trabalho e sua residência. O evento ocorreu fora das dependências da empresa e em via pública, não estando, portanto, sob controle direto do empregador.

Sob a ótica legal e previdenciária, o ocorrido enquadra-se como acidente de trajeto, conforme dispõe o artigo 21, inciso IV, alínea "d", da Lei nº 8.213/91,

que equipara ao acidente de trabalho aquele sofrido no percurso da residência para o trabalho ou deste para aquela. Assim, ainda que o fator causal esteja relacionado a condição insegura em ambiente externo, mantém-se o nexo legal por equiparação, devendo o caso ser tratado de acordo com os procedimentos administrativos e de saúde ocupacional aplicáveis.

Do ponto de vista técnico e preventivo, verifica-se que a causa do evento está associada a uma irregularidade na calçada, caracterizando condição insegura em via pública, sem evidências de atos inseguros praticados pela colaboradora ou de falhas nos processos internos da empresa que tenham contribuído para a ocorrência. Não se identifica, portanto, nexo causal direto com as atividades laborais desempenhadas, mas sim um risco inerente ao deslocamento cotidiano do trabalhador.

Apesar de o local do acidente não integrar a área de responsabilidade da organização, o caso evidencia a relevância de ações preventivas indiretas, como a orientação contínua dos trabalhadores quanto à atenção durante o deslocamento, especialmente em locais com infraestrutura urbana deficiente, bem como o registro e acompanhamento de acidentes de trajeto para fins estatísticos e de gestão em saúde e segurança do trabalho.

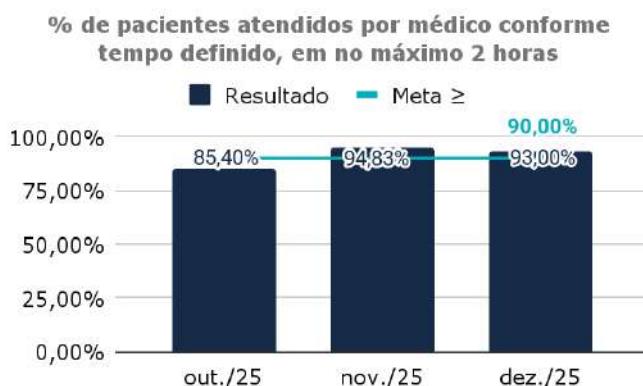
Diante do exposto, fica formalizado o registro do evento, com a devida análise técnica pelo SESMT, avaliação da necessidade de emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e acompanhamento da colaboradora, assegurando a conformidade legal, a rastreabilidade das informações e o cumprimento das diretrizes de saúde e segurança ocupacional.

## 5. DIRETRIZES DA QUALIDADE E RESULTADOS

Os indicadores são fundamentais para o planejamento e avaliação da unidade. Estão relacionados à qualidade da assistência oferecida aos pacientes e medem aspectos relacionados à efetividade da gestão e ao seu desempenho. Nesse sentido, os dados apresentados a seguir retratam as atividades realizadas na UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO UPA 24H PORTE II –ALTO DA PONTE.

### 5.1 Indicadores de Desempenho Assistencial - UPA ALTO DA PONTE

#### 5.1.1 Percentual de pacientes atendidos por médico conforme tempo em 2 horas



**Análise crítica:** No mês de **dezembro**, a unidade registrou **12.430 atendimentos**, mantendo elevado volume assistencial e desempenho **acima da meta contratual** no indicador de oportunidade. Do total, **11.560 atendimentos (93,0%)** foram **concluídos em até duas horas**, permanecendo **3,0 pontos percentuais acima da meta de 90%**, ainda que com leve redução em relação ao mês anterior (94%).

Essa oscilação não caracteriza regressão de desempenho, mas sim **variação esperada em período de maior instabilidade operacional**, típica do mês de dezembro, marcado por férias programadas, ajustes de escala, maior rotatividade de profissionais e concentração de demanda em horários específicos.

Importante destacar que, mesmo nesse cenário, o indicador se manteve **dentro de patamar de controle e acima do exigido contratualmente**, evidenciando **robustez do processo após as intervenções aplicadas no mês anterior**.

Os resultados de dezembro demonstram que o **plano de ação implementado em novembro foi efetivo**, pois o indicador permaneceu sustentado, sem retorno aos patamares críticos previamente identificados, indicando **maturidade do fluxo assistencial e estabilidade do encerramento dos atendimentos médicos**.

### **Sustentação do Indicador e Maturidade Operacional**

A manutenção de **93% dos atendimentos encerrados em até duas horas** reflete um processo mais **previsível, controlado e resiliente**, mesmo diante de:

- aumento da variabilidade de escalas,
- períodos de maior carga assistencial,
- e sazonalidade típica do final de ano.

Esse comportamento reforça que os ajustes realizados previamente deixaram de ser ações pontuais e passaram a compor a **rotina operacional da unidade**, com reflexo direto na qualidade do indicador.

## **Fast Track – Consolidação do Modelo e Impacto no Fluxo Geral**

Em dezembro, o **Fast Track** atendeu **1.181 pacientes**, o que corresponde a uma **média aproximada de 38 atendimentos diários**. O tempo médio de atendimento foi de **00:47 minutos**, compatível com um cenário de maior densidade assistencial e maior complexidade relativa dos casos classificados como verde no período.

Um dado relevante é que **15% de todo o atendimento classificado como verde foi absorvido pelo Fast Track**, evidenciando:

- boa adesão ao protocolo,
- correto direcionamento dos pacientes,
- e impacto direto na **descompressão do fluxo médico convencional**.

Esse redirecionamento contribuiu para preservar o tempo de resposta da unidade como um todo, especialmente nos horários de pico, funcionando como **mecanismo de proteção do indicador de tempo de espera**.

## **Impacto Assistencial e Experiência do Paciente**

Do ponto de vista assistencial, o Fast Track manteve sua função estratégica ao:

- reduzir a exposição dos pacientes de baixa complexidade a longos tempos de espera,
- melhorar a previsibilidade do atendimento,
- e favorecer maior fluidez na sala de espera.

Esse efeito indireto é refletido no desempenho global do mês, no qual, mesmo com alto volume de atendimentos, a unidade manteve tempo médio de espera controlado e percentual elevado de atendimentos oportunos.

---

### **Análise Econômica e Uso Racional de Recursos**

No aspecto financeiro, os dados de dezembro reforçam a **sustentabilidade do modelo:**

- **Custo de medicação por paciente no Fast Track: R\$ 1,89**
- **Custo médio de medicação do paciente verde: R\$ 3,32**

Isso representa uma **redução aproximada de 43% no custo por paciente**, demonstrando que o Fast Track possibilita **alocação mais eficiente de recursos**, alinhando custo, risco clínico e necessidade terapêutica, sem prejuízo da assistência.

Esse resultado confirma que o protocolo não apenas melhora o fluxo, mas também **qualifica a gestão financeira da unidade**, especialmente em meses de alta produção.

### **Conclusão**

A análise crítica de dezembro demonstra que a unidade manteve **desempenho consistente e acima da meta contratual**, mesmo em um mês caracterizado por maior variabilidade operacional. O indicador de **93% de atendimentos finalizados em até duas horas** confirma a **efetividade e sustentabilidade**

**das ações implementadas anteriormente**, com manutenção do controle do processo.

O **Fast Track**, ao concentrar **15% do atendimento verde**, mostrou-se plenamente integrado ao fluxo assistencial, contribuindo para:

- estabilidade dos indicadores,
- melhoria da experiência do paciente,
- e redução expressiva de custos.

Dessa forma, os resultados de dezembro consolidam o modelo adotado, indicando que a unidade se encontra em **fase de maturidade operacional**, com capacidade de absorver variações de demanda sem perda significativa de desempenho, sustentando a qualidade assistencial e a eficiência econômica.

### 5.1.2 Percentual de número de leitos



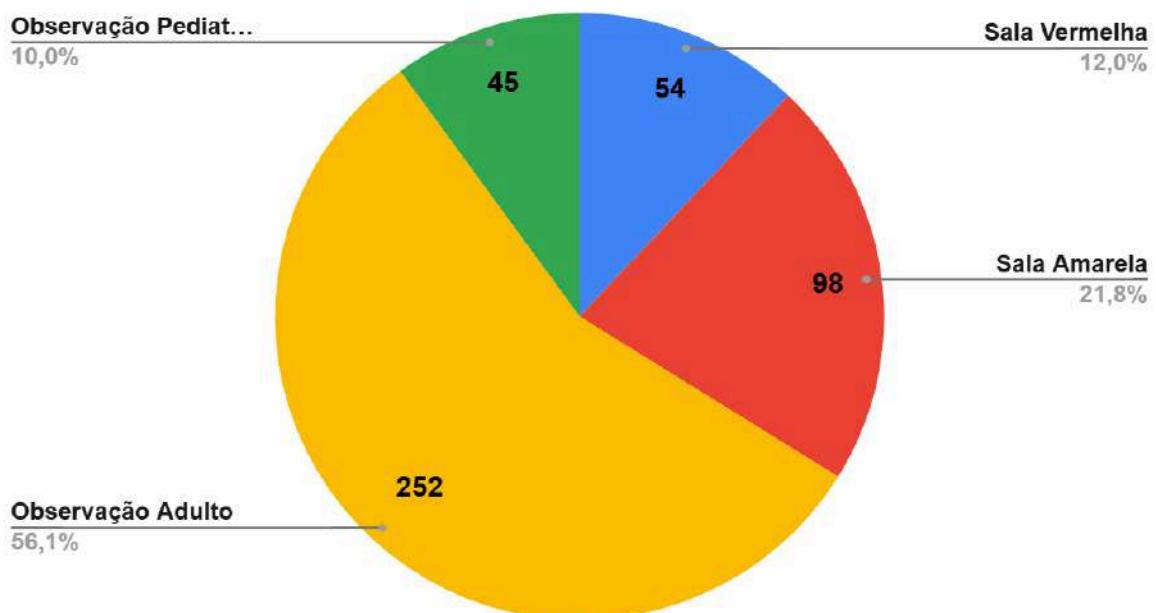
**Análise crítica:** Durante o mês de dezembro, a unidade hospitalar registrou um total de 449 pacientes atendidos nos setores, que compreendem a observação clínica adulto e pediátrica, sala amarela e sala vermelha. Esses setores são estratégicos para o monitoramento contínuo e o cuidado intensivo de pacientes em diferentes níveis de gravidade clínica, sendo fundamentais para a organização do fluxo assistencial e para a garantia da segurança no atendimento.

Do total de atendimentos realizados no período, 252 pacientes foram admitidos na observação clínica adulta, setor destinado àqueles que necessitam de avaliação prolongada e intervenções clínicas de menor complexidade, mas que ainda exigem vigilância contínua. Outros 45 pacientes foram encaminhados à observação pediátrica, espaço voltado ao cuidado especializado de crianças e adolescentes, com foco na estabilização e acompanhamento clínico.

Além disso, 98 pacientes foram atendidos na sala amarela, setor intermediário que recebe casos com risco potencial de agravamento clínico, demandando monitoramento contínuo e intervenções médicas frequentes. Por fim, 54 pacientes foram encaminhados à sala vermelha, ambiente reservado para situações de urgência e emergência com risco iminente de vida, onde são prestados cuidados intensivos e suporte avançado à vida.

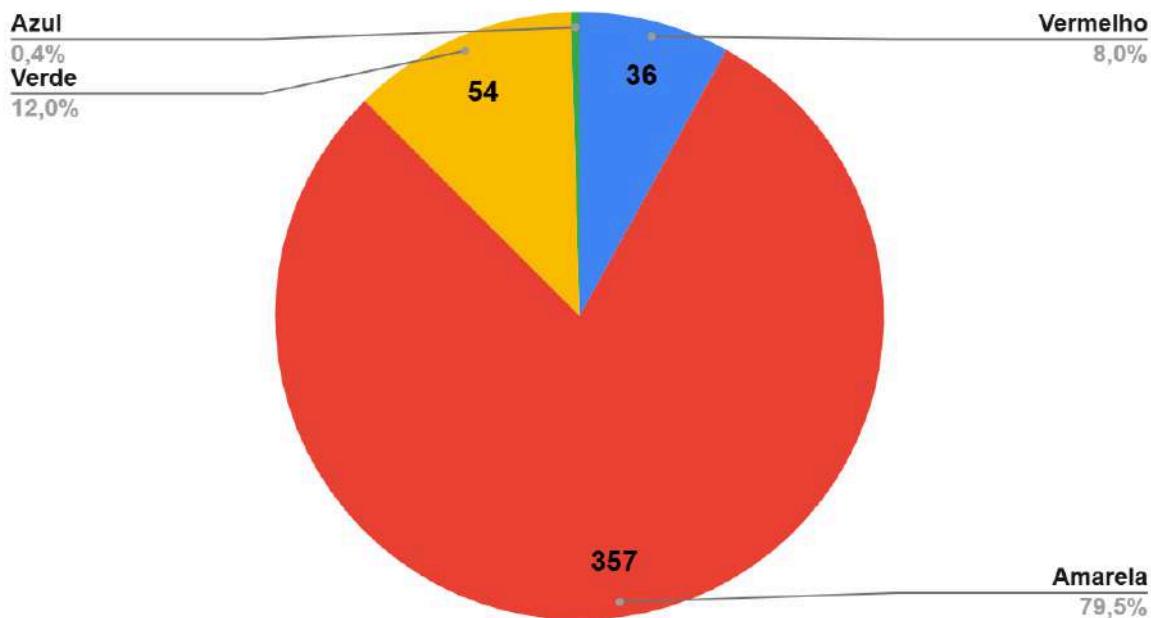
A seguir, apresenta-se um gráfico ilustrativo com a distribuição percentual dos atendimentos realizados em cada um desses setores ao longo do mês de dezembro, proporcionando uma visualização clara da demanda e da utilização dos espaços da unidade:

## Setores de Admissão



## Perfil de Classificação de Risco dos Pacientes Admitidos

### Classificação de Risco



**Análise crítica:** No mês de dezembro, os pacientes mantidos em regime de observação foram avaliados de acordo com a Classificação de Risco preconizada pela Política Nacional de Humanização (PNH), garantindo a priorização do atendimento conforme o grau de gravidade clínica apresentado.

Do total de pacientes avaliados, 36 (8%) receberam classificação vermelha, correspondente a situações críticas que demandam intervenção imediata. Outros

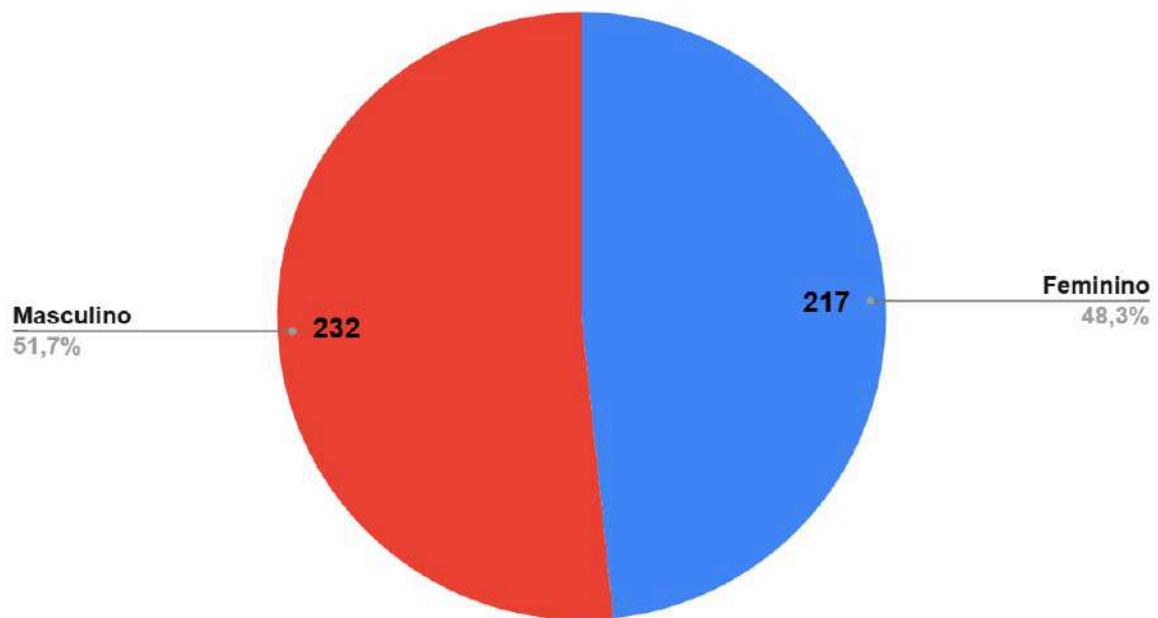
357 pacientes (79,5%) foram enquadrados na classificação amarela, caracterizando quadros de risco intermediário, com necessidade de acompanhamento clínico contínuo e reavaliações frequentes. Já 54 pacientes (12%) foram classificados como verde, indicando condições de menor complexidade e estabilidade clínica.

Adicionalmente, 02 paciente (0,4%), inicialmente alocado na fila específica da classificação azul, foi admitido em leito de observação para realização e análise de exames laboratoriais, com o objetivo de verificar a compatibilidade do quadro clínico com a terapêutica medicamentosa em uso.

A expressiva concentração de pacientes classificados como amarelo evidencia uma demanda significativa por monitorização clínica e utilização de recursos de média complexidade. Esse cenário reforça a relevância da estratificação de risco como ferramenta essencial para a organização do fluxo assistencial, racionalização dos recursos disponíveis e promoção de respostas assistenciais mais ágeis, seguras e qualificadas.

### Perfil de Sexo dos Pacientes Admitidos

#### Perfil Sexo



**Análise crítica:** No mês de dezembro, a avaliação do perfil dos pacientes em regime de observação demonstrou leve predominância do sexo masculino, totalizando 232 atendimentos (51,7%), enquanto o sexo feminino correspondeu a 217 pacientes (48,3%). Essa distribuição constitui subsídio relevante para o dimensionamento assistencial e para a adequação da alocação de recursos da unidade.

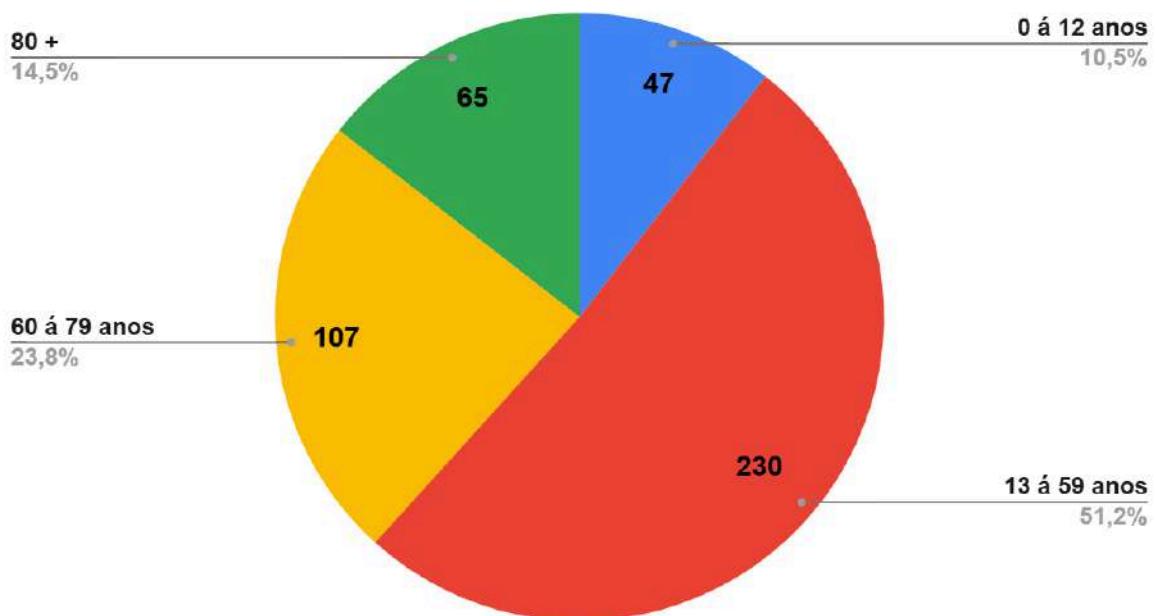
A maior representatividade masculina entre os atendimentos pode estar relacionada à maior exposição a situações de risco e a agravos de instalação aguda, reafirmando a UPA como componente essencial da rede de urgência e emergência. Nesse contexto, a unidade evidencia capacidade resolutiva ao executar classificação de risco qualificada, estabilização clínica oportuna e encaminhamento adequado, respaldada por protocolos assistenciais padronizados.

Adicionalmente, a articulação com a Atenção Primária à Saúde fortalece a organização da rede, amplia a resolutividade dos atendimentos, minimiza a sobrecarga dos serviços de urgência e assegura a continuidade do cuidado, consolidando práticas fundamentadas na eficiência operacional, segurança do paciente e qualidade assistencial.

---

## Perfil Etário dos Pacientes Admitidos

### Perfil Etário



**Análise crítica :** Durante o mês de dezembro, os 449 pacientes admitidos nos setores de observação da unidade apresentaram ampla variação etária, evidenciando a relevância estratégica e a capacidade assistencial da UPA no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

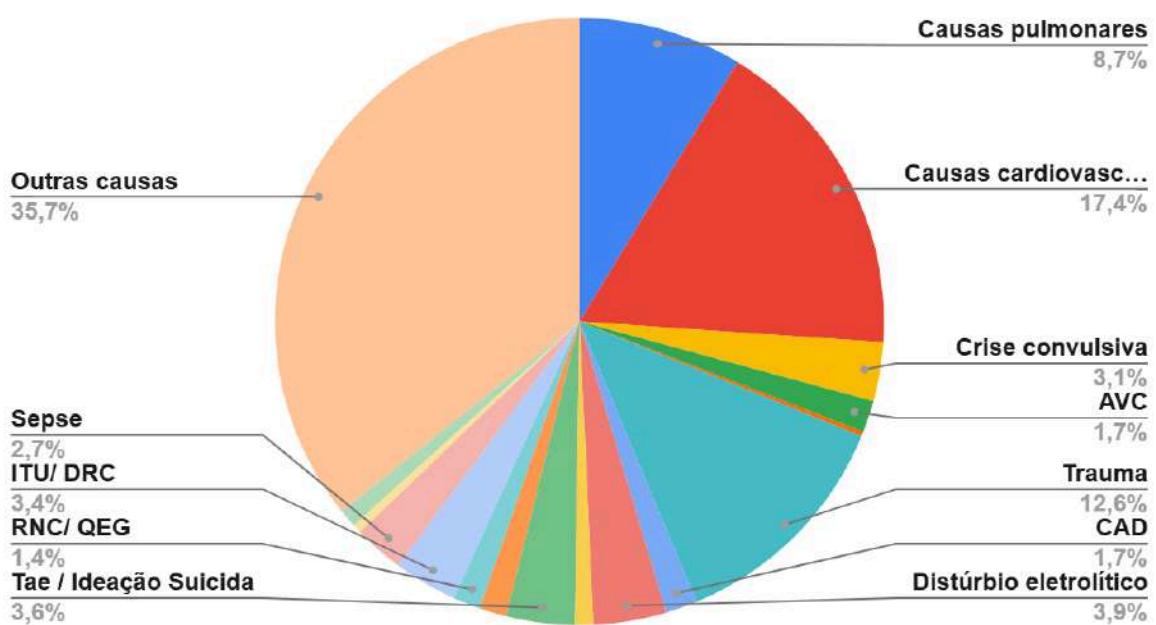
A maior proporção de atendimentos concentrou-se na faixa etária de 13 a 59 anos, totalizando 230 pacientes (51,2%). Na sequência, destacaram-se os indivíduos com 60 a 79 anos, com 107 atendimentos (23,8%), seguidos pelas crianças de 0 a 12 anos, com 47 pacientes (10,5%), e pelos idosos com 80 anos ou mais, representando 65 pacientes (14,5%).

Esse perfil etário demonstra a aptidão da unidade para atender demandas assistenciais ao longo de todo o ciclo de vida, abrangendo população pediátrica, adulta e idosa. Os dados refletem, ainda, uma estruturação adequada dos fluxos de atendimento e uma distribuição eficiente dos recursos assistenciais.

Além disso, o cenário identificado evidencia que as equipes atuam de forma coerente com o perfil epidemiológico do território, assegurando respostas oportunas às demandas de saúde, continuidade do cuidado e padrões elevados de qualidade assistencial à população atendida.

### Perfil Hipótese Diagnóstica dos Adultos

#### Hipótese Diagnóstica Adulto



**Análise crítica :** No período avaliado, os atendimentos direcionados à população adulta evidenciaram ampla diversidade de apresentações clínicas e elevado grau de complexidade assistencial, reafirmando o papel estratégico da unidade no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

As condições cardiovasculares constituíram um dos principais motivos de atendimento, com 72 registros, seguidas pelos eventos traumáticos, que

totalizaram 52 casos, incluindo quedas, fraturas e traumatismos crânioencefálicos. As afecções pulmonares corresponderam a 36 atendimentos, evidenciando demanda relevante por manejo respiratório e monitorização clínica contínua.

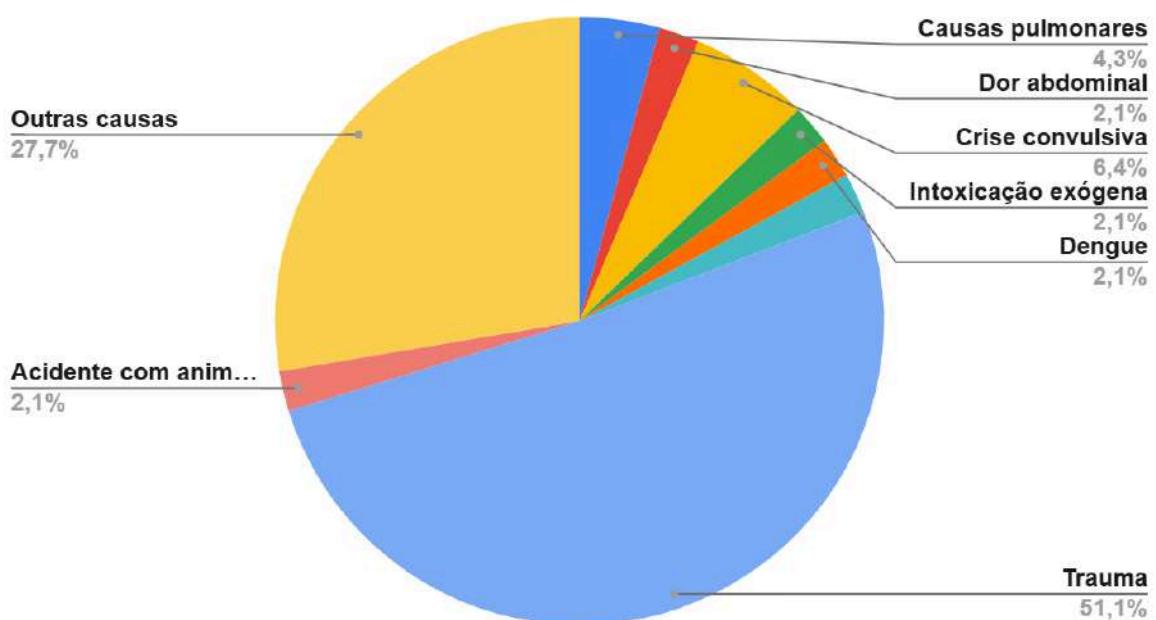
Outros agravos de destaque incluíram “outras causas”, com 148 atendimentos, demonstrando a expressiva heterogeneidade do perfil clínico que acessa a unidade. Registraram-se ainda distúrbios eletrolíticos (16), transtornos psiquiátricos e ideação suicida – TAE/IS (15), infecção do trato urinário e doença renal crônica – ITU/DRC (14), crises convulsivas (13) e sepse (11), todos exigindo vigilância contínua e rigor na aplicação dos protocolos institucionais.

Condições de maior gravidade e impacto assistencial também foram observadas, incluindo acidente vascular cerebral – AVC (7), cetoacidose diabética – CAD (7), hemorragias (6), rebaixamento do nível de consciência/quadros neurológicos gerais – RNC/QEG (6), vômitos persistentes (4), dor abdominal (4), trombose venosa profunda – TVP (2) e dengue (1), conduzidas conforme diretrizes clínicas específicas e fluxos assistenciais estabelecidos.

O conjunto desses dados evidencia a capacidade da unidade em avaliar, estabilizar e direcionar pacientes com diferentes níveis de gravidade, refletindo maturidade organizacional, efetividade dos fluxos assistenciais e preparo técnico das equipes multiprofissionais. Destaca-se, ainda, a articulação qualificada com a Atenção Primária à Saúde (APS), fator essencial para a continuidade do cuidado, redução de sobrecargas nos serviços de urgência e garantia da integralidade e segurança da assistência prestada à população.

## Perfil Hipótese Diagnóstica da Pediatria

### Hipótese Diagnóstica 0 á 12 anos



**Análise crítica :** No período avaliado, os atendimentos destinados à população pediátrica evidenciaram diversidade expressiva de quadros clínicos, reafirmando a capacidade assistencial da unidade no manejo de situações de urgência e emergência infantil e seu papel no contexto da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Os eventos traumáticos configuraram-se como a principal causa de atendimento, totalizando 24 casos, incluindo quedas e acidentes domésticos, o que reforça a necessidade de vigilância clínica, orientação familiar e intervenções oportunas. O agrupamento classificado como outras causas somou 13 atendimentos, evidenciando a heterogeneidade da demanda pediátrica que acessa a unidade.

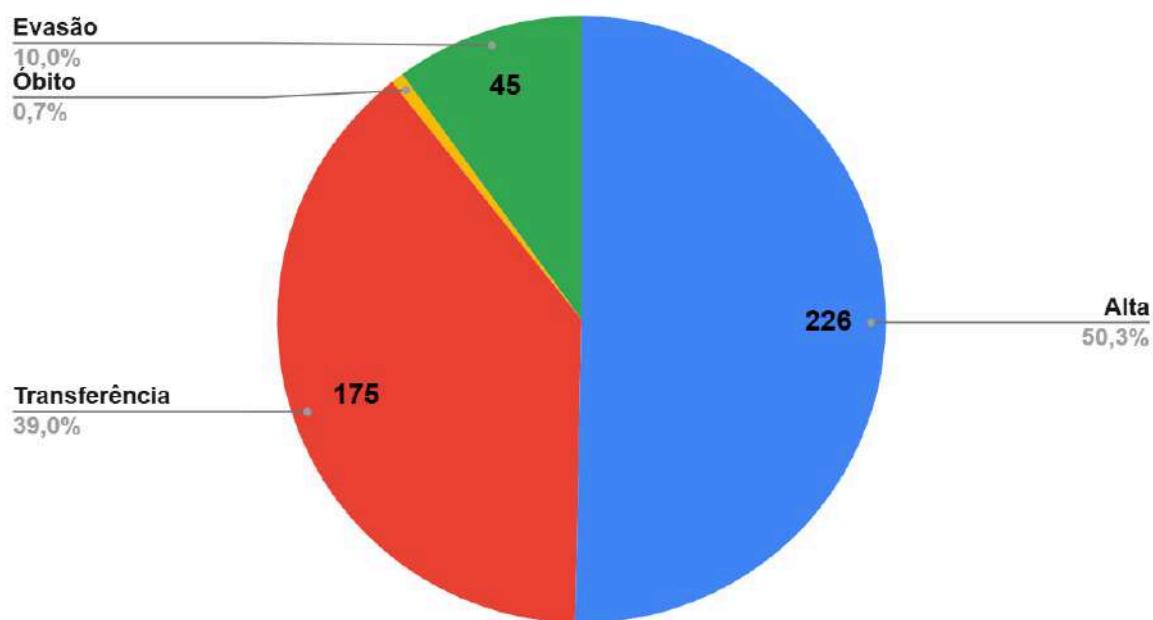
Entre as condições clínicas específicas, registraram-se crises convulsivas (3 casos), causas pulmonares (2), dor abdominal (1), intoxicação exógena (1), dengue (1), abuso (1) e acidente com animal peçonhento (1). Todos os quadros foram conduzidos conforme protocolos institucionais, com monitorização

adequada, intervenções compatíveis com a gravidade e, quando indicado, encaminhamento seguro para continuidade do cuidado.

O conjunto desses dados demonstra a aptidão da unidade para avaliação, estabilização e direcionamento de pacientes pediátricos, assegurando segurança assistencial, integralidade do cuidado e articulação efetiva com a rede, contribuindo para a continuidade do acompanhamento e a qualidade do atendimento prestado à população infantil

### **Desfecho dos Pacientes Admitidos**

#### **Desfecho**



**Análise crítica :** No período em análise, considerando o total de 449 atendimentos, os desfechos assistenciais foram distribuídos da seguinte forma: 226 pacientes (50,3%) receberam alta médica, 175 casos (39,0%) demandaram

transferência para outros pontos da rede assistencial, 3 pacientes (0,7%) evoluíram para óbito e 45 atendimentos (10,0%) resultaram em evasão.

O predomínio de altas e transferências evidencia a eficiência assistencial da unidade, refletindo sua capacidade de avaliar, estabilizar e direcionar adequadamente os pacientes, assegurando continuidade do cuidado dentro da rede de atenção. Por outro lado, a ocorrência de óbitos e evasões reforça a necessidade de vigilância permanente, aderência rigorosa aos protocolos clínicos e articulação efetiva com os serviços de referência, com foco na segurança do paciente, na qualidade da assistência e na integralidade do cuidado prestado à população.

Tempo de Permanência	
Máximo	181:12:00
Médio	13:49:00
Minímo	00:10:00

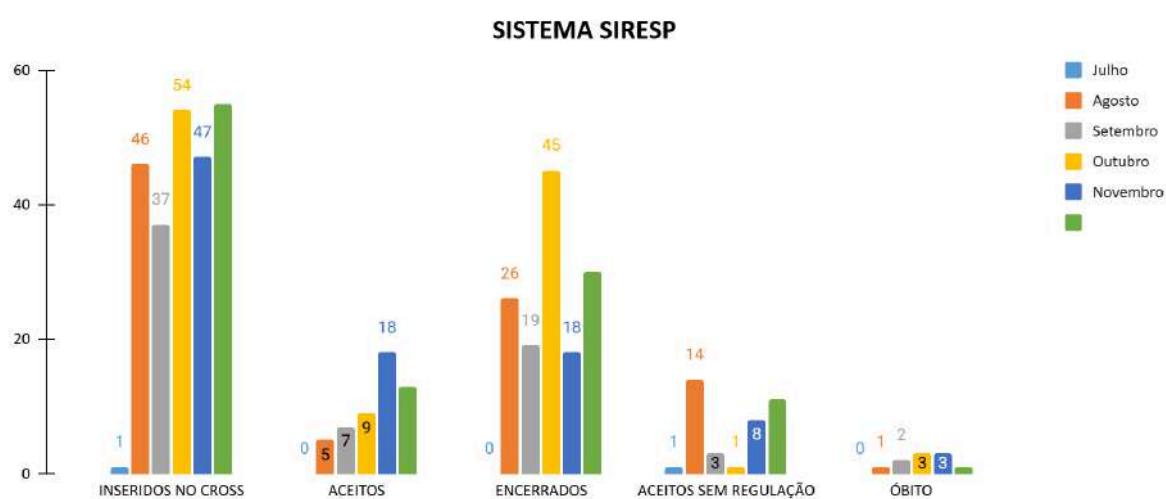
**Análise crítica :** No período avaliado, o tempo de permanência dos pacientes na unidade apresentou variação significativa, com duração máxima de 181h12min, tempo médio de 13h49min e mínimo de 10 minutos.

O tempo médio registrado demonstra a capacidade da unidade em realizar observação clínica adequada e promover estabilização eficiente dos pacientes, enquanto os valores extremos evidenciam a diversidade dos níveis de complexidade assistencial, abrangendo desde atendimentos de baixa gravidade até casos que demandaram acompanhamento prolongado ou encaminhamento para serviços de maior complexidade.

O acompanhamento contínuo desses indicadores é essencial para subsidiar o planejamento dos fluxos assistenciais, otimizar a alocação de recursos humanos

e materiais e aprimorar a eficiência operacional, assegurando segurança do paciente, qualidade assistencial e resolutividade do serviço

### Pacientes Regulados via SIRESP



**Análise crítica** No período analisado, foram registradas 55 solicitações no sistema, refletindo a dinâmica assistencial e a demanda por avaliação e definição de fluxos de cuidado. Desse total, 13 solicitações obtiveram autorização por meio do processo regulatório, enquanto 30 casos evoluíram para alta médica em virtude de melhora clínica, demonstrando efetividade das condutas adotadas pela equipe assistencial. Além disso, 13 pacientes foram admitidos diretamente pelas unidades de referência, sem necessidade de intermediação da regulação, e 1 caso evoluiu para óbito.

A distribuição desses desfechos caracteriza o perfil assistencial do período, evidenciando a capacidade da unidade em atuar de forma resolutiva tanto nos atendimentos que requerem mediação regulatória formal quanto naqueles conduzidos por fluxos diretos previamente pactuados com os serviços de referência. Os resultados também refletem a eficiência dos processos de encaminhamento, a adequada articulação entre os diferentes pontos da rede e o

compromisso com a continuidade do cuidado, assegurando respostas assistenciais oportunas, seguras e alinhadas às necessidades clínicas dos pacientes.

#### 5.1.3 Taxa de Mortalidade < de 24H



**Análise crítica:** Durante o período avaliado, a unidade registrou um total de três (3) óbitos. Desses, um (01) ocorreu após 24 horas de internação, enquanto dois (02) aconteceram em menos de 24 horas de permanência. Todos os óbitos foram analisados e classificados como não evitáveis.

A taxa de mortalidade entre os pacientes com tempo de permanência inferior a 24 horas foi de 1,08%, resultado inferior à meta institucional estabelecida de 4%. Esse desempenho indica a adequada condução clínica dos casos, a observância dos protocolos assistenciais vigentes e a rapidez nas decisões adotadas pela equipe multiprofissional.

Destaca-se que a unidade mantém esforços contínuos para o aprimoramento dos fluxos assistenciais e dos processos de classificação de risco, garantindo avaliação inicial precoce, intervenções no tempo oportuno e acompanhamento contínuo dos pacientes durante toda a permanência. Essa prática evidencia o compromisso da equipe com a segurança do paciente, a qualidade do cuidado prestado e o fortalecimento da assistência nos atendimentos de urgência e emergência.

Segue abaixo um breve relato dos óbitos ocorridos:

1. **Paciente R.F.P.B., 62 anos, sexo feminino, FA 1347304**, deu entrada na unidade dia 08/12/2025, via SAMU, com relato de dispneia, tosse e taquipneia. Sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação até o dia 10/12/2025, onde sofreu PCR, sendo então notificado o óbito às 23:30.
2. **Paciente Z.G., 85 anos, sexo masculino, FA 1348001**, deu entrada na unidade dia 15/12/2025, via SAMU, com prostração, dispneia, dessaturação e mal estar geral. Paciente com taquicardia, taquipneia, sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação até o dia 15/12/2025, onde sofreu PCR, sendo então notificado o óbito às 17:30.
3. **Paciente I.A.S., 90 anos, sexo femino, FA 140440**, deu entrada na unidade dia 20/12/2025, via SAMU, com quadro de prostração, hipotensão e hipoglicemias. Sendo aberto protocolo de sepse logo na

triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação até o dia 20/12/2025, onde sofreu PCR, sendo então notificado o óbito às 12:40.

#### **5.1.4 Percentual de pacientes com suspeita de AVC atendidos conforme linha de cuidado AVC**



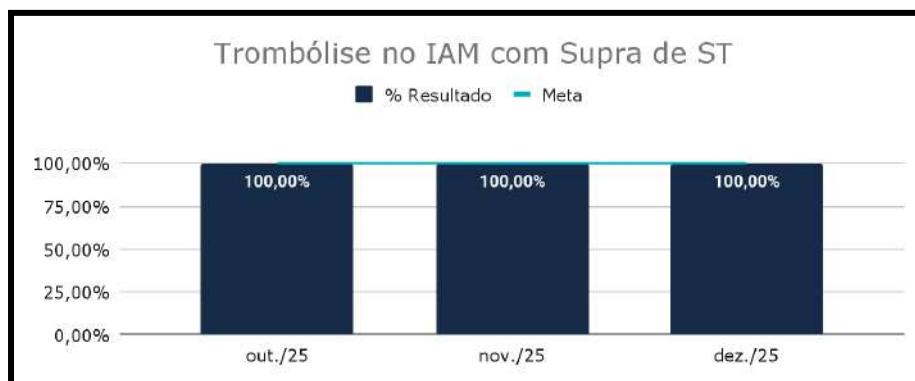
**Análise crítica:** Durante o período analisado, foram abertos nove (09) protocolos de Acidente Vascular Cerebral (AVC) na unidade. Desses, seis (06) pacientes encontravam-se dentro da janela terapêutica, possibilitando manejo adequado e alinhado às diretrizes institucionais e à linha de cuidado do AVC. Esse resultado evidencia a efetividade da equipe na identificação precoce de sinais neurológicos e no acionamento oportuno do fluxo assistencial.

Dos protocolos abertos, três (03) foram posteriormente descartados após avaliação clínica criteriosa e realização de exames complementares, afastando o diagnóstico de AVC. Esse achado representa um indicador positivo de qualidade assistencial, refletindo segurança na tomada de decisão, rigor diagnóstico e

condução clínica responsável. A abertura do protocolo diante da suspeita reforça uma postura vigilante e preventiva, essencial para a segurança do paciente e para a agilidade no atendimento.

De forma global, os dados demonstram que a unidade dispõe de profissionais capacitados, atentos aos sinais de alerta e que a linha de cuidado do AVC está sendo corretamente acionada. Observa-se como oportunidade de melhoria o aumento da proporção de casos identificados dentro da janela terapêutica, por meio do fortalecimento contínuo da triagem e do reconhecimento precoce. Ainda assim, o cenário atual evidencia um fluxo assistencial estruturado, responsável e baseado em protocolos e evidências, garantindo qualidade, segurança e resolutividade no cuidado ao paciente.

#### **5.1.5 Percentual de pacientes trombolizados +percentual de pacientes encaminhados para ICP conforme linha de cuidado do IAM**



**Análise crítica:** Durante o período analisado, a série histórica apresentou estabilidade em todas as ROTAS estabelecidas na linha de cuidado, demonstrando consistência nos resultados assistenciais ao longo do tempo. Esse desempenho evidencia a efetividade das ações desenvolvidas, a maturidade dos processos de trabalho e a aderência da equipe aos protocolos institucionais vigentes. Os resultados reforçam o compromisso da unidade com a qualidade assistencial, a vigilância clínica contínua e a promoção da integralidade do cuidado aos usuários.



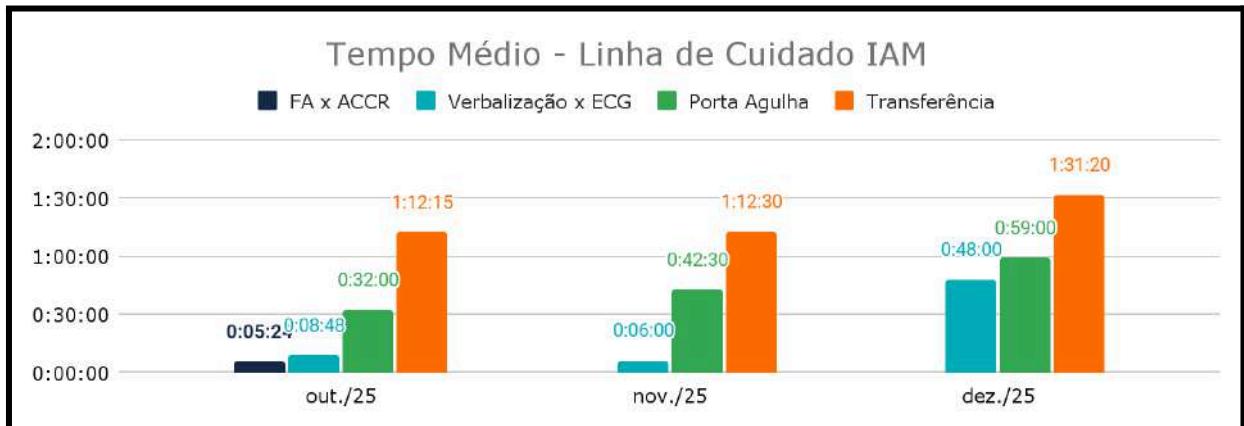
**Análise crítica:** No período analisado, três (03) pacientes foram conduzidos pela ROTA 1, sendo todos devidamente referenciados ao Hospital PIO XII e inseridos na coordenação do cuidado em articulação com a Atenção Primária à Saúde. Conforme previamente descrito, em um (01) caso foi realizada trombólise na própria unidade, enquanto os demais pacientes foram encaminhados para realização de Intervenção Coronária Percutânea (ICP) de urgência, de acordo com a disponibilidade da sala de hemodinâmica.

Na sequência, apresenta-se um breve relato descritivo dos casos acompanhados.

**1. Paciente M.P.R., 58 anos, sexo feminino, FA 1347907,** deu entrada na unidade dia 13/12/2025 às 04:26, via SAMU, com histórico de embriaguez após ingestão de bebida alcoólica e quadro de dor torácica, sendo evidenciado por volta das 06:00, Supradesnívelamento do Segmento ST em DII,DIII e AVF, perante ECG realizado na unidade. Paciente seguiu a linha de cuidado de IAM, sendo imediatamente transferido para Referência de Hemodinâmica do Hospital Pio XII às 07:40 do dia 13/12/2025. Tempo de Transferência de 1 hora e 40 minutos.

**2. Paciente J.P.L.N., 72 anos, sexo masculino, FA 98532,** deu entrada na unidade dia 20/12/2025 às 05:48, de meios próprios, referindo dor precordial e vômitos de início por volta das 03:30. Sendo evidenciado o Supradesnívelamento do Segmento ST em parede anterior, perante ECG realizado na unidade. Paciente seguiu a linha de cuidado de IAM, sendo imediatamente transferido para Referência de Hemodinâmica do Hospital Pio XII às 06:35 do dia 20/12/2025. Tempo de Transferência de 27 minutos.

**3. Paciente L.C.R.V., 66 anos, sexo masculino, FA 1256703,** deu entrada na unidade dia 20/12/2025 às 06:45, de meios próprios, referindo dor torácica precordial, com início há aproximadamente 2 horas, sendo evidenciado em ECG, Supradesnívelamento do Segmento ST em parede inferior. Paciente seguiu a linha de cuidado de IAM, sendo realizado trombolítico na unidade devido ocupação em sala de Hemodinâmica da Referência. O tempo porta-agulha foi de 59 minutos. Paciente teve boa resposta ao trombolítico e posteriormente foi transferido para CAT Eletivo no dia 20/12/2025 às 09:35.

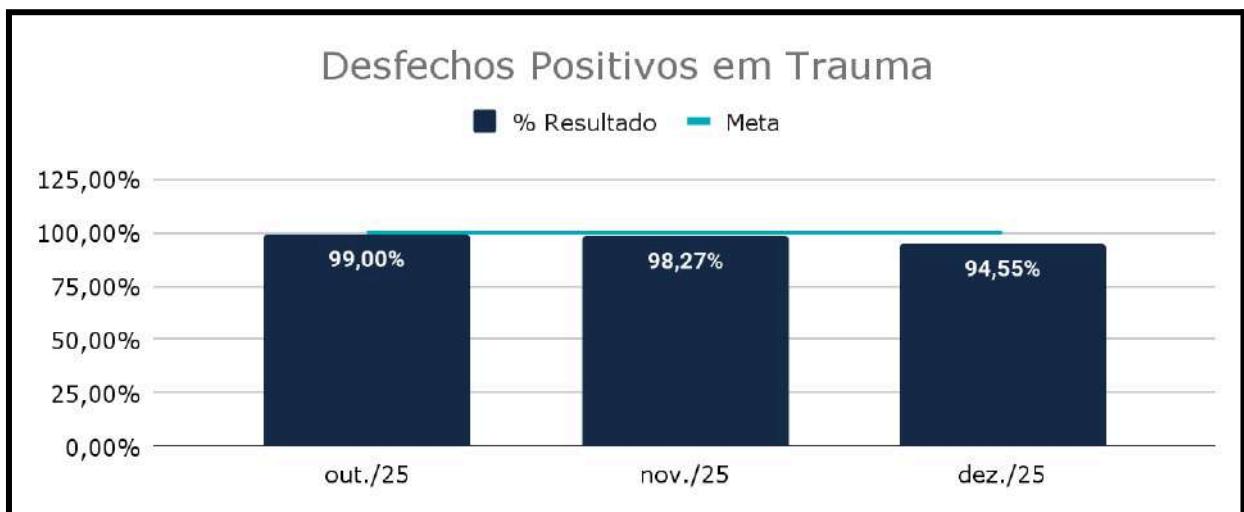


**Análise crítica:** Durante o período analisado, a unidade apresentou os seguintes tempos assistenciais: 00:06:11 para abertura da ficha de atendimento, 00:06:15 para realização do eletrocardiograma (ECG), 00:59 para o tempo porta-agulha e 01:31:20 entre a verbalização do caso e a transferência do paciente.

Observa-se melhora significativa nos tempos de porta-agulha e de transferência em comparação ao mês anterior, evidenciando a efetividade das ações de sensibilização, capacitação e alinhamento de fluxos realizadas junto à equipe assistencial. Tal desempenho reflete o comprometimento, a agilidade e a atuação integrada da equipe multiprofissional, com impacto direto na qualidade da assistência e na segurança do paciente.

A manutenção dos tempos assistenciais dentro dos parâmetros recomendados reforça o amadurecimento da linha de cuidado cardiovascular na unidade, bem como a adesão às boas práticas institucionais e às diretrizes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, contribuindo para a eficiência e a resolutividade do fluxo assistencial.

### 5.1.6 Cumprimentos e metas dos indicadores da linha de cuidado do trauma



**Análise crítica:** Durante o período analisado, foram registrados aproximadamente 367 atendimentos relacionados a casos de trauma, número expressivo que evidencia a capacidade da unidade em absorver elevada demanda e atuar como ponto estratégico na Rede de Urgência e Emergência do município. Esse volume demonstra a robustez operacional do serviço e sua aptidão para responder a diferentes níveis de complexidade, desde casos de menor gravidade até situações que demandam intervenções emergenciais com agilidade e precisão.

O desfecho dos atendimentos relacionados à linha de cuidado do trauma no período analisado alcançou 94,55%, percentual impactado pela evasão de vinte (20) pacientes. Dentre esses, quatro (04) eram crianças na faixa etária de 0 a 14 anos, cinco (05) adultos entre 19 e 35 anos e três (03) pacientes com idade entre 60 e 79 anos. Em todos os casos, tratavam-se de pacientes classificados sem sinais de gravidade, que optaram por não aceitar a transferência para o hospital de referência do município. Ressalta-se que todos os pacientes evadidos foram devidamente notificados e encaminhados para acompanhamento na linha de cuidado da microrregião, garantindo a continuidade do cuidado e o monitoramento de possíveis riscos. Embora esse indicador não componha meta contratual, a unidade reconhece a relevância do seu acompanhamento sistemático, reafirmando

o compromisso da UPA com a qualificação da assistência, a segurança do paciente e a gestão responsável do cuidado.

A elevada procura pelo serviço reflete a confiança da população na unidade e consolida seu papel como referência regional, destacando a efetividade dos processos de acolhimento e classificação de risco, que possibilitam a adequada organização do fluxo assistencial mesmo em cenários de alta demanda. Ademais, a recorrência de atendimentos por trauma contribui para o fortalecimento das competências técnicas da equipe multiprofissional, ampliando a expertise no manejo de urgências traumáticas.

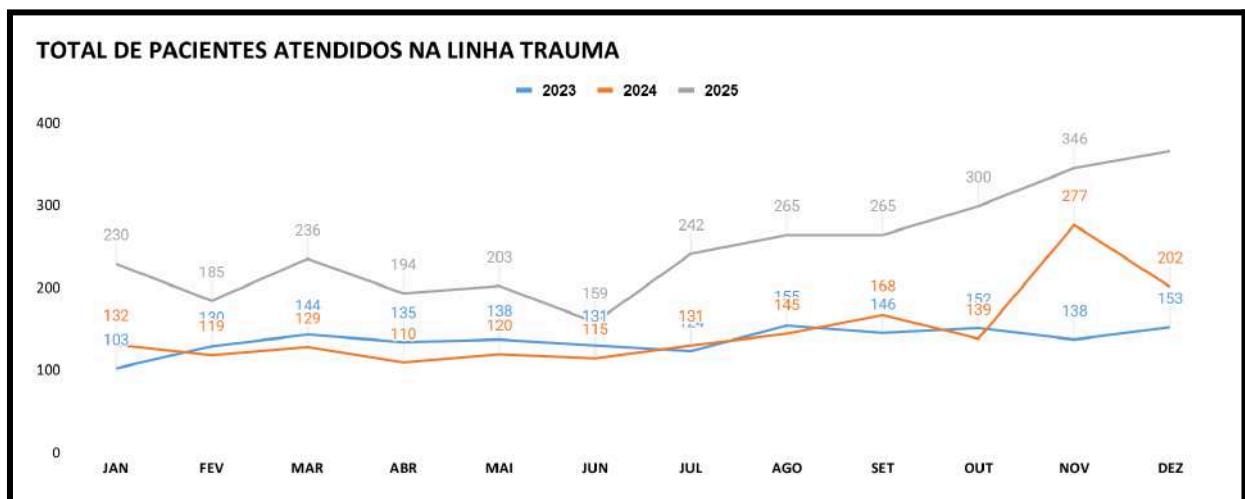
Embora a análise quantitativa não contemple, neste momento, a estratificação por gravidade ou perfil epidemiológico, o registro sistemático desses atendimentos representa um avanço relevante para o monitoramento assistencial. Esses dados permitem identificar tendências e dimensionar a importância da unidade na resposta a eventos como acidentes domésticos, quedas, ocorrências de trânsito e episódios relacionados à violência, agravos frequentes em contextos urbanos e periurbanos.

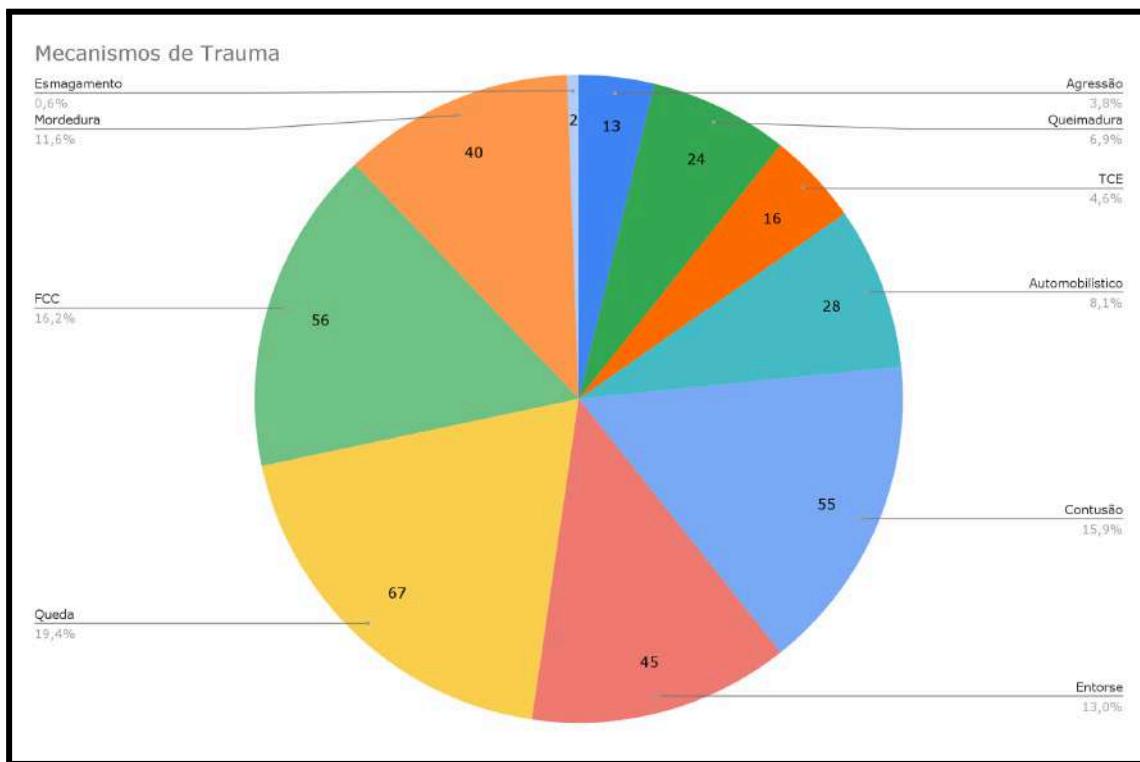
Ressalta-se, ainda, a capacidade operacional da unidade frente ao elevado volume assistencial, mantendo a continuidade e a segurança do atendimento, o que evidencia organização interna, protocolos bem estabelecidos e elevado comprometimento da equipe. Os riscos inerentes à sobrecarga assistencial são mitigados por meio da manutenção de fluxos definidos e da atuação integrada dos profissionais.

A qualificação dos registros assistenciais, com maior detalhamento quanto ao perfil dos pacientes e à gravidade dos traumas, configura-se como oportunidade de melhoria e fortalecimento da gestão. A ampliação dessas informações subsidiará o planejamento de ações preventivas, estratégias educativas no território e a articulação com políticas públicas voltadas à segurança e à prevenção de violências e acidentes.

Diante desse contexto, propõe-se a adoção de ações voltadas à análise sistemática dos indicadores não alcançados, ao fortalecimento da qualificação dos registros assistenciais, à revisão e padronização dos fluxos e protocolos da Linha de Cuidado do Trauma e à intensificação das atividades de educação permanente das equipes, bem como ao monitoramento contínuo dos resultados, com devolutiva periódica aos profissionais envolvidos, visando à correção de fragilidades, ao aprimoramento dos processos de trabalho e ao atingimento das metas pactuadas.

Em síntese, o elevado número de atendimentos por trauma, embora desafiador, evidencia aspectos positivos fundamentais: a capacidade de resposta da unidade, a confiança da população, a solidez dos processos assistenciais e o comprometimento da equipe. O aprimoramento contínuo da análise epidemiológica permitirá potencializar esses resultados, qualificar o cuidado prestado e fortalecer ainda mais a rede assistencial.





**Análise crítica:** No período analisado, a estratificação dos atendimentos por tipo de trauma mostrou-se ferramenta essencial para o monitoramento assistencial e o planejamento da unidade, permitindo identificar os principais mecanismos de lesão, direcionar ações preventivas e ajustar a alocação de recursos conforme o perfil da demanda atendida.

O volume de ocorrências reforça a necessidade de manutenção de equipes capacitadas, protocolos assistenciais bem definidos e fluxos ágeis, garantindo atendimento seguro e resolutivo frente à diversidade e à complexidade dos casos. Destaca-se, ainda, a importância da articulação intersetorial com áreas como segurança pública, mobilidade urbana, educação e assistência social, visando à redução de fatores de risco associados aos traumas no território.

**Distribuição percentual dos principais mecanismos de lesão no período:**

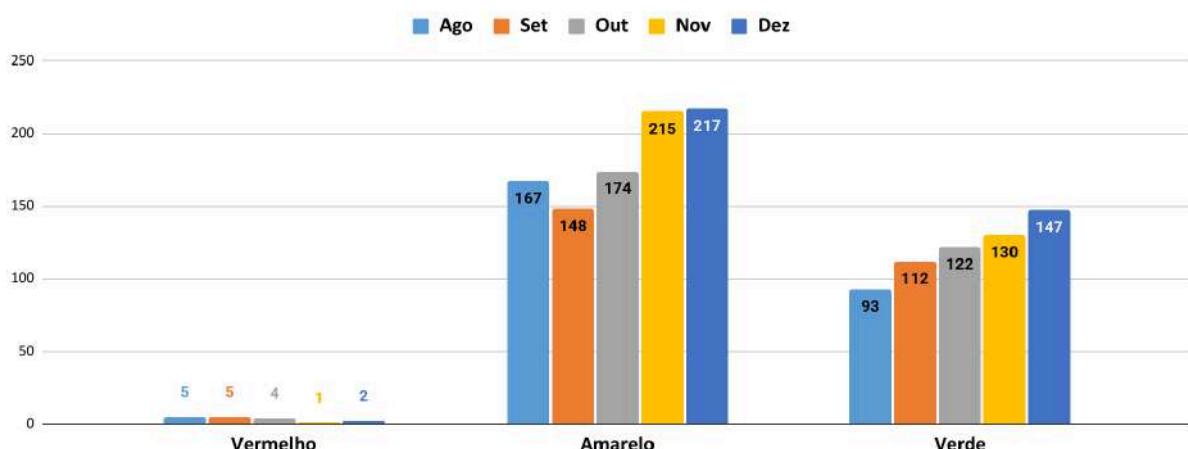
- FCC: 23,7%
- Quedas: 18,2%
- Contusões: 15,8%
- Entorses: 10,8%
- Acidentes automobilísticos: 9,5%
- Traumatismo craneoencefálico (TCE): 9,5%
- Agressão física: 4,6%
- Mordeduras: 4,3%
- Queimaduras: 3,2%
- FAB, FAF, amputações e esmagamentos: 0%

Observa-se predominância das FCC (23,7%), configurando-se como principal mecanismo de trauma atendido, o que reforça a necessidade de ações preventivas voltadas à segurança nos ambientes domiciliares, ocupacionais e comunitários. As quedas (18,2%) e contusões (15,8%) representam parcela significativa dos atendimentos e, embora em geral de menor complexidade, demandam recursos assistenciais contínuos, impactando a dinâmica operacional da unidade.

Os acidentes automobilísticos e os casos de TCE (9,5% cada) merecem atenção especial pelo potencial de gravidade e risco de sequelas, exigindo equipes preparadas para avaliação rápida, tomada de decisão qualificada e fluxos definidos para encaminhamento aos serviços de referência.

De forma geral, o perfil identificado evidencia elevada demanda assistencial e diversidade clínica, exigindo organização dos processos, dimensionamento adequado das equipes e monitoramento contínuo dos indicadores. A análise mensal desses dados subsidia o planejamento estratégico, fortalece as ações de prevenção e contribui para a qualificação contínua do cuidado prestado à população.

### **Monitoramento do Trauma por Classificação de Risco**



**Análise crítica:** A análise da classificação de risco dos pacientes atendidos na linha de cuidado ao trauma no mês de dezembro evidencia informações relevantes para o planejamento assistencial e a gestão dos recursos da unidade. Observa-se predominância de atendimentos classificados como prioridade amarela, correspondendo a aproximadamente 59,1% dos casos, o que indica que a maioria dos pacientes apresentou risco potencial de agravamento clínico, demandando

vigilância contínua, reavaliações sistemáticas e capacidade de intervenção oportuna por parte da equipe assistencial.

Os atendimentos classificados como prioridade verde representaram cerca de 40% do total. Embora associados a menor risco imediato, esses casos impactam de forma significativa a organização do serviço, uma vez que requerem tempo assistencial, utilização de recursos e ocupação de espaços físicos. Esse perfil sugere elevada procura por demandas de menor complexidade e reforça a importância de estratégias de orientação à população, fortalecimento da Atenção Primária e aprimoramento dos fluxos de acesso aos serviços de urgência.

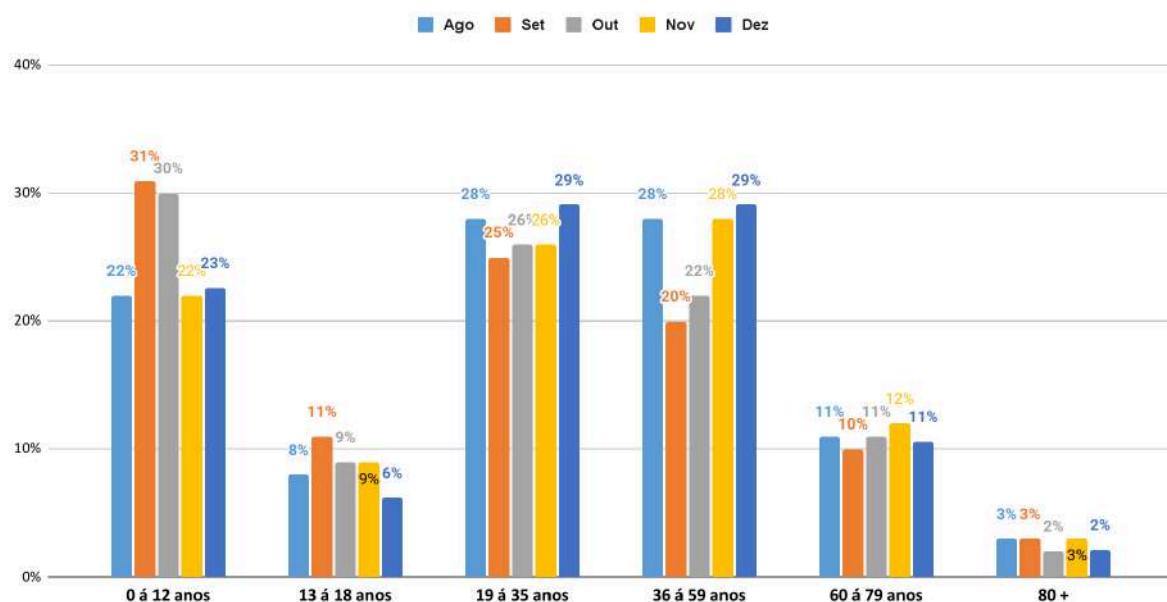
Os casos classificados como prioridade vermelha, apesar de corresponderem a apenas 0,54% dos atendimentos (dois pacientes), concentram maior gravidade clínica e exigem mobilização imediata de equipes, recursos tecnológicos e condutas intensivas. Mesmo em número reduzido, esses atendimentos evidenciam a necessidade de manutenção de retaguarda estruturada, protocolos assistenciais bem definidos e equipes treinadas para resposta rápida e segura.

De forma geral, a distribuição das classificações de risco caracteriza um perfil assistencial predominantemente de média complexidade, associado a impacto relevante de pacientes de menor risco que poderiam, potencialmente, ser absorvidos por outros pontos da rede. Tal cenário reforça a necessidade de aprimorar os mecanismos de regulação do acesso, fortalecer a articulação com a Atenção Primária e qualificar continuamente os processos de triagem e acolhimento.

Em síntese, os dados indicam uma unidade que opera sob elevada demanda e requer respostas assistenciais ágeis, organizadas e sustentadas por processos bem estruturados. Investir na qualificação da triagem, no fortalecimento da retaguarda assistencial e na integração com os demais níveis de atenção constitui estratégia fundamental para ampliar a resolutividade, a segurança do paciente e a sustentabilidade do serviço no manejo dos casos de trauma.

## Perfil Etário dos Paciente na Linha de Trauma

Perfil Etário dos Pacientes Atendidos a Linha de Trauma



**Análise crítica:** A análise do perfil etário dos pacientes atendidos por trauma na UPA durante o mês de dezembro revela elementos importantes para compreensão do comportamento da demanda e para o planejamento das ações assistenciais e preventivas. Sendo um total de 22,6% em atendimentos pediátricos. Esse movimento pode indicar menor exposição das crianças a situações de risco — como quedas e acidentes domésticos — ou refletir características sazonais do período. Trata-se de um ponto positivo do ponto de vista epidemiológico, mas que exige atenção contínua, considerando que a faixa pediátrica demanda protocolos específicos de atendimento, comunicação diferenciada e orientação sistemática aos familiares. Neste sentido, ações educativas voltadas para segurança no domicílio e prevenção de acidentes infantis permanecem essenciais para consolidar essa tendência de redução.

Entre adultos jovens (19 a 35 anos) e indivíduos de meia-idade (36 a 59 anos), observa-se estabilidade nas taxas de atendimento, representando 29,1%

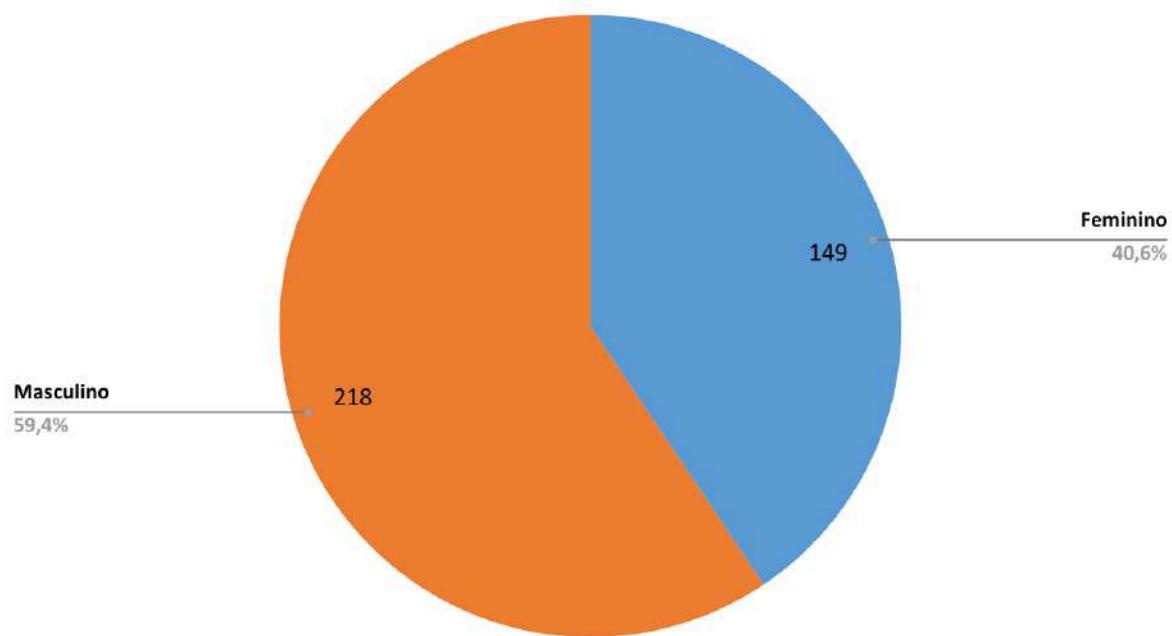
respectivamente. Esse padrão sugere que esses grupos seguem sendo os mais expostos aos principais mecanismos de trauma — como acidentes de trânsito, atividades laborais e situações de violência — o que reforça a necessidade de estratégias intersetoriais mais robustas de prevenção. A manutenção desses índices evidencia, por outro lado, a capacidade da unidade de responder de forma contínua e resolutiva a esse perfil predominante de demandas traumáticas.

Em relação à população idosa, mantém-se uma proporção constante de atendimentos nas faixas de 60 a 79 anos e 80 anos ou mais. Ainda que correspondam a uma parcela menor do total (2,1%), esses pacientes concentram maior risco de complicações e desfechos graves, sobretudo relacionados a quedas e fragilidades associadas a comorbidades. A preservação desse volume de atendimentos destaca a importância de manter ações permanentes voltadas para prevenção de quedas, revisão medicamentosa, reabilitação e adequação ambiental, aliadas à qualificação contínua da equipe para o manejo de traumas em idosos, que frequentemente exigem cuidados diferenciados.

De forma geral, os dados sugerem que, embora existam variações entre as faixas etárias, prevalece um padrão de demanda que se mantém relativamente estável nos grupos adultos e idosos, ao passo que a redução no público pediátrico aponta para possíveis impactos positivos de ações preventivas, ainda que necessitem de monitoramento. A análise crítica ressalta, portanto, a necessidade de fortalecer estratégias específicas para cada grupo etário, aprimorar os registros epidemiológicos e ampliar o diálogo com a Atenção Primária e demais setores da rede para implementação de intervenções preventivas mais efetivas.

### Perfil Sexo dos Paciente na Linha de Trauma

**Perfil Sexo**



**Análise crítica:** A análise da distribuição dos atendimentos por sexo na linha de cuidado ao trauma no mês de dezembro evidencia padrão compatível com o perfil epidemiológico observado nos serviços de urgência e emergência, com predominância do sexo masculino, que correspondeu a 59,4% dos atendimentos. Esse cenário está associado à maior exposição desse grupo a fatores de risco, como acidentes de trânsito, atividades laborais de maior periculosidade e situações de violência interpessoal, reforçando a necessidade de estratégias assistenciais e preventivas direcionadas.

A participação do sexo feminino, embora menor (40,5%), demanda atenção específica da gestão assistencial, considerando vulnerabilidades próprias, como maior exposição a acidentes no ambiente domiciliar e situações de violência, especialmente a violência doméstica. Nesse contexto, torna-se fundamental garantir acolhimento qualificado, fluxos assistenciais bem definidos e articulação

com a rede de proteção social, assegurando atendimento integral e sensível às necessidades desse público.

A distribuição por sexo também reflete aspectos culturais e comportamentais que influenciam tanto a exposição aos riscos quanto a busca pelos serviços de saúde. Dessa forma, a atuação da unidade deve ir além da resposta imediata ao evento traumático, incorporando ações de prevenção e promoção da saúde, por meio de articulação intersetorial com políticas públicas voltadas à segurança, mobilidade urbana, saúde do trabalhador e assistência social.

Em síntese, o perfil identificado confirma tendências epidemiológicas já consolidadas e subsidia o planejamento de ações estratégicas, o dimensionamento de recursos e a organização dos fluxos assistenciais. A análise desse indicador contribui para a qualificação do cuidado prestado e fortalece a capacidade da unidade em responder de forma segura, eficiente e resolutiva às demandas relacionadas ao trauma.

### 5.1.7 Índice de suspeição de SEPSE e abertura de protocolo



**Análise crítica:** A análise do manejo da Sepse no mês de dezembro evidencia resultados consistentes e avanços significativos nos processos assistenciais. A abertura de 79 protocolos, em volume compatível com a série histórica, demonstra estabilidade na vigilância clínica e elevada sensibilidade da equipe para a identificação precoce de sinais sugestivos de sepse. Esse desempenho reflete a consolidação das ações contínuas de capacitação, sensibilização e fortalecimento da cultura de segurança do paciente.

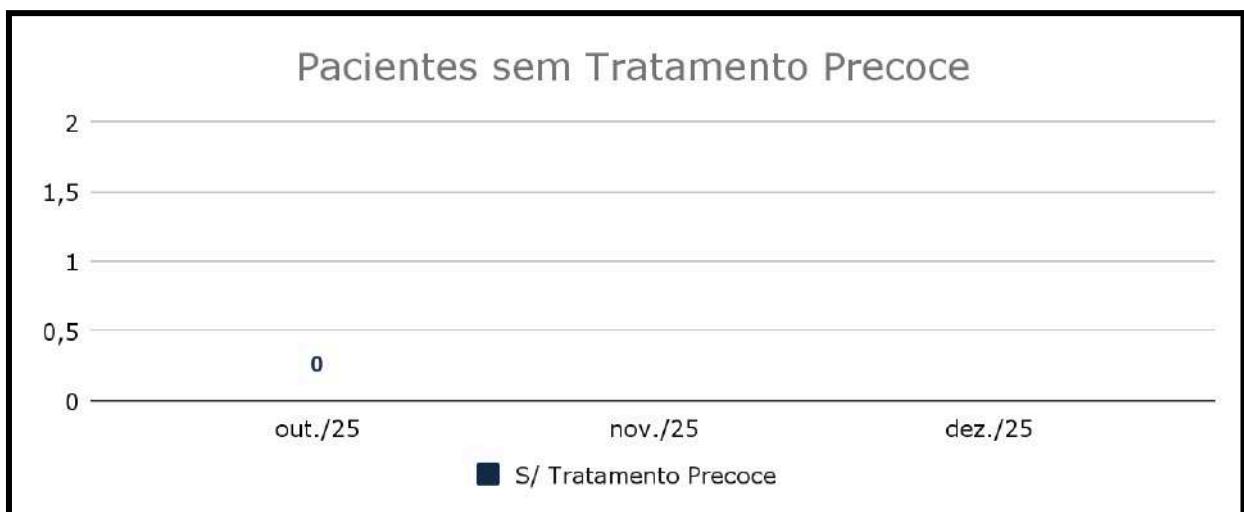
Destaca-se positivamente o restabelecimento da prática de abertura imediata dos protocolos, resultado do engajamento da equipe multiprofissional e do alinhamento dos fluxos assistenciais. Essa conduta favorece intervenções oportunas, contribui para a redução de complicações graves e qualifica o cuidado prestado aos pacientes.

Outro ponto relevante é a integração de 100% dos pacientes acompanhados na linha de cuidado da sepse com a Atenção Primária à Saúde (APS), assegurando continuidade assistencial, acompanhamento longitudinal e mitigação do risco de reinternações. Essa articulação entre os níveis de atenção evidencia maturidade organizacional e fortalece o papel estratégico da unidade no contexto da Rede de Urgência e Emergência.

Embora apenas 36,7% dos casos tenham seguido integralmente a linha de cuidado, o indicador aponta oportunidade de aprimoramento dos processos assistenciais. Ainda assim, os resultados globais demonstram evolução positiva, sustentada pela manutenção da vigilância clínica, pelo engajamento progressivo das equipes e pela integração com a APS.

Em síntese, o desempenho observado no período reforça que a unidade encontra-se em trajetória de melhoria contínua no manejo da sepse. O fortalecimento das ações educativas, a padronização dos fluxos e o monitoramento sistemático dos indicadores assistenciais são estratégias essenciais para ampliar a adesão à linha de cuidado, aumentar a resolutividade e garantir atendimento cada vez mais seguro e qualificado aos usuários.

#### **5.1.8 Número de pacientes que não receberam tratamento precoce de SEPSE**



**Análise crítica:** A análise dos resultados referentes à aplicação do Pacote da 1ª Hora no período avaliado evidencia avanços relevantes na qualificação do atendimento ao paciente com sepse. O cumprimento integral do pacote em todos os casos com protocolo de sepse aberto e continuidade assistencial demonstra elevado nível de organização dos processos, além de forte comprometimento da

equipe multiprofissional com as diretrizes institucionais. Esse desempenho reflete maturidade operacional, adequada adesão aos protocolos e capacidade de resposta oportuna, fatores determinantes para a redução de mortalidade e de complicações associadas à sepse.

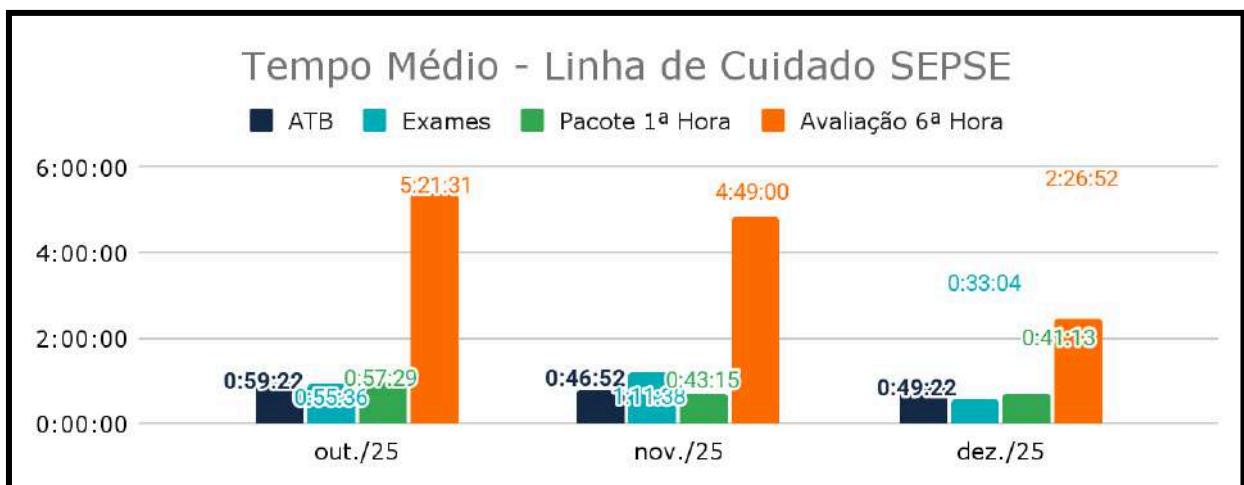
Destaca-se, ainda, a consolidação do Kit Sepse como elemento estruturante do fluxo assistencial, com disponibilização imediata após a abertura do protocolo. Essa prática reduz barreiras logísticas, promove padronização das condutas e favorece a tomada de decisão clínica em tempo oportuno. A integração entre os setores de enfermagem, farmácia, laboratório e equipe médica fortalece a coordenação do cuidado e contribui para a minimização de atrasos no início do tratamento.

O cumprimento sistemático da “hora ouro” configura-se como um dos principais indicadores de qualidade observados no período, refletindo não apenas a efetividade das ações de capacitação, mas também a consolidação de uma cultura institucional orientada à segurança do paciente e à resposta rápida diante de quadros de maior gravidade.

Apesar dos resultados positivos, a análise reforça a necessidade de monitoramento contínuo dos tempos assistenciais, qualificação dos registros em prontuário e manutenção das ações de educação permanente, como estratégias essenciais para sustentar os avanços alcançados e prevenir eventuais desvios de processo.

Em síntese, os achados demonstram alinhamento às boas práticas assistenciais, elevada capacidade de articulação intersetorial e excelente desempenho no manejo inicial da sepse, reafirmando o compromisso institucional com a qualidade, a segurança do paciente e a integralidade do cuidado.

	ABERTURA DE PROTOCOLOS												
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
<b>2023</b>	2	3	1	2	1	5	8	6	4	2	4	5	<b>43</b>
<b>2024</b>	1	7	4	7	1	4	3	8	9	17	10	16	<b>87</b>
<b>2025</b>	3	14	17	41	75	63	62	50	85	82	84	79	<b>655</b>



**Análise crítica:** A avaliação dos tempos críticos de atendimento evidencia desempenho consistente da unidade na condução dos casos de sepse, com médias de 33 minutos para o cumprimento da Hora Ouro e 2 horas e 26 minutos para a Sexta Hora, mantendo-se dentro dos parâmetros estabelecidos pelas diretrizes institucionais. Esses resultados refletem a efetividade dos fluxos assistenciais implementados e a capacidade da equipe em realizar intervenções em tempo oportuno, fator decisivo para a redução de agravamentos clínicos e melhoria do prognóstico dos pacientes.

O desempenho observado demonstra atuação integrada entre enfermagem, equipe médica, farmácia e laboratório, evidenciando não apenas domínio técnico, mas também maturidade na coordenação dos processos assistenciais. A incorporação efetiva dos protocolos à rotina operacional reforça a consolidação de uma cultura institucional voltada à segurança do paciente e à qualidade da assistência.

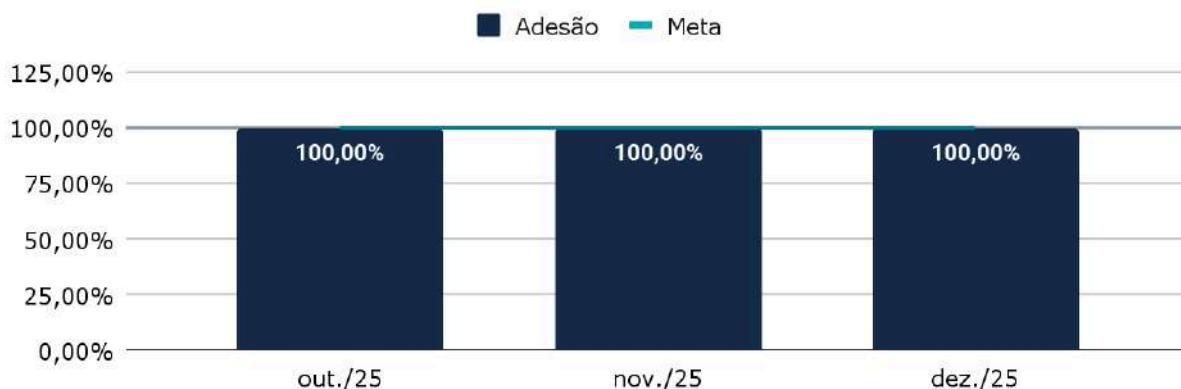
Destaca-se, ainda, a colaboração contínua com a gestão médica, que contribui para a padronização das condutas, o fortalecimento dos fluxos assistenciais e a redução de variabilidades indesejadas. Esse alinhamento institucional sustenta a governança clínica e favorece a obtenção de resultados assistenciais mensuráveis e consistentes.

Apesar dos avanços, permanece a necessidade de monitoramento sistemático de indicadores sensíveis, como tempo para administração de antibióticos, prazos para liberação de exames laboratoriais e qualidade dos registros em prontuário. A manutenção de ciclos regulares de capacitação, simulações e revisões de processo é essencial para sustentar o desempenho alcançado, especialmente frente a variações no quadro de profissionais ou no volume assistencial.

Em síntese, os resultados posicionam a unidade em patamar elevado de desempenho no manejo da sepse, evidenciando competência técnica, integração intersetorial e compromisso contínuo com a segurança do paciente, a efetividade clínica e a melhoria contínua da qualidade assistencial.

### 5.1.9 Adesão ao protocolo de SEPSE

Adesão ao Protocolo



**Análise crítica:** A análise do período evidencia que 35% dos pacientes com protocolo de Sepse aberto, totalizando 28 casos, foram conduzidos integralmente conforme a linha de cuidado estabelecida. Esse desempenho, embora indique oportunidade de ampliação da adesão total ao fluxo assistencial, representa um resultado positivo dentro da realidade operacional da unidade e demonstra avanço consistente na organização dos processos assistenciais.

Destaca-se a capacidade da equipe multiprofissional em identificar precocemente os casos suspeitos, acionar o protocolo de forma oportuna e aplicar as condutas clínicas recomendadas, promovendo padronização do cuidado e maior segurança ao paciente. A condução adequada dos casos reflete não apenas domínio técnico, mas também maior sensibilidade das equipes quanto à gravidade da sepse e à relevância da resposta precoce para a redução de desfechos adversos.

Observa-se, ainda, maturidade assistencial expressa na integração entre os setores envolvidos e na aplicação consistente das diretrizes institucionais, fatores que contribuem para a agilidade, a continuidade do cuidado e a efetividade da linha de cuidado na unidade.

Em síntese, os resultados reforçam o compromisso institucional com práticas baseadas em evidências, qualificação permanente das equipes e promoção de um cuidado seguro, oportuno e resolutivo.

Na sequência, apresenta-se um breve relato descritivo dos casos que seguiram integralmente a linha de cuidado da sepse:

1. **Paciente V.A.R., 51 anos, sexo masculino, FA 1347316**, deu entrada na unidade pela Emercor, no dia 01/12/2025, devido quadro de febre, vômitos e mal estar geral. Foi aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação. Recebeu alta dia 03/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento a nível ambulatorial.
2. **Paciente A.L.M., 52 anos, sexo masculino, FA 45928**, deu entrada na unidade de meios próprios para receber 4º dose de ceftriaxona devido pneumonia, porém foi identificado, hipotensão, dispneia e taquipneia. Sendo aberto protocolo de sepse. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação. Recebeu alta dia 03/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento.
3. **Paciente S.M., 63 anos, sexo feminino, FA 1340769**, deu entrada na unidade via SAMU, no dia 03/12/2025, por queda do estado geral e mal estar geral. Sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação. Recebeu alta dia 09/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento a nível ambulatorial.

4. **Paciente B.N.O., 82 anos, sexo masculino, FA 48690**, deu entrada na unidade dia 04/12/2025, de meios próprios, com relato de dispneia, queda do estado geral e mal estar geral. Sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação, onde foi transferido para Hospital Terciário dia 06/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento.
5. **Paciente S.T.A., 77 anos, sexo masculino FA 164399**, deu entrada na unidade dia 05/12/2025, com quadro de dispneia, tosse seca, dessaturação e mal estar geral. Sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação. Recebeu alta dia 05/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento a nível ambulatorial.
6. **Paciente R.D.P., 97 anos, sexo feminino, FA 1314227**, deu entrada na unidade dia 06/12/2025, via SAMU, com quadro de edema em região cervical, febre e hiporexia. Sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação. Recebeu alta dia 07/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento a nível ambulatorial.
7. **Paciente R.F.P.B., 62 anos, sexo feminino, FA 1347304**, deu entrada na unidade dia 08/12/2025, via SAMU, com relato de dispneia, tosse e taquipneia. Sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação até o dia 10/12/2025, onde sofreu PCR, sendo então notificado o óbito às 23:30.

8. **Paciente V.C.S.S., 38 anos, sexo feminino, FA 34165**, deu entrada na unidade dia 08/12/2025, de meios próprios, com relato de dispneia, dessaturação, taquipneia e mal estar geral. Sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação, onde foi transferido para Hospital Terciário dia 08/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento.
9. **Paciente D.S.R., 26 anos, sexo feminino, FA 1229617**, deu entrada na unidade dia 09/12/2025, via SAMU, com quadro de crise convulsiva. Paciente com taquipneia, hipotensão e taquicardia, estabilizado em leito de sala vermelha e iniciado protocolo de sepse. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação, onde foi transferido para Hospital Terciário dia 10/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento.
10. **Paciente S.B.S., 54 anos, sexo feminino, FA 144780**, deu entrada na unidade dia 11/12/2025, de meios próprios, com quadro de disuria e polaciúria. Sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação, onde foi transferido para Hospital Terciário dia 11/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento.
11. **Paciente M.G.R., 38 anos, sexo masculino, FA 114767**, deu entrada na unidade dia 12/12/2025, de meios próprios, com relato de tosse, febre e dispneia. Sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação. Recebeu alta dia 12/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento a nível ambulatorial.

- 12. Paciente I.M.A., 83 anos, sexo feminino, FA 1300075**, deu entrada na unidade dia 12/12/2025, de meios próprios, referindo dispneia, tosse, taquipneia e mal estar geral. Sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação. Recebeu alta dia 21/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento a nível ambulatorial.
- 13. Paciente M.G.R., 38 anos, sexo masculino, FA 114767**, deu entrada na unidade dia 14/12/2025, de meios próprios, para receber segunda dose de ceftriaxona devido pneumonia. Porém foi identificado dessaturação, taquipneia e taquicardia logo na triagem. Sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação. Recebeu alta dia 15/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento a nível ambulatorial.
- 14. Paciente Z.G., 85 anos, sexo masculino, FA 1348001**, deu entrada na unidade dia 15/12/2025, via SAMU, com prostração, dispneia, dessaturação e mal estar geral. Paciente com taquicardia, taquipneia, sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação até o dia 15/12/2025, onde sofreu PCR, sendo então notificado o óbito às 17:30.
- 15. Paciente F.A.S.C., 30 anos, sexo masculino, FA 1347833**, deu entrada na unidade dia 11/12/2025, via SAMU, após ter ingerido uma cartela de Diclofenaco Sódico, uma cartela de Dramin B6 e 1 frasco de Dipirona. Sendo aberto protocolo de sepse na triagem devido hipotensão, taquicardia e taquipneia. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação,

onde foi transferido para Hospital Terciário dia 12/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento e investigação.

**16. Paciente J.S., 87 anos, sexo masculino, FA 34643,** deu entrada na unidade dia 17/12/2025, de meios próprios, devido dispneia, febre, taquipneia e tosse. Sendo aberto protocolo de sepse na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação, onde foi transferido para Hospital Terciário dia 17/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento e investigação.

**17. Paciente D.S., 42 anos, sexo masculino, FA 1288439,** deu entrada na unidade dia 17/12/2025, de meios próprios, com edema em membro inferior direito, associado a hiperemia local. Paciente febril e taquicárdico. Sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação. Recebeu alta dia 18/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento a nível ambulatorial.

**18. Paciente T.J.S., 85 anos, sexo feminino, FA 1228397,** deu entrada na unidade dia 18/12/2025, deu entrada de meios próprios, via SAMU, com quadro de inapetência e queda do estado geral. Sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação. Recebeu alta dia 23/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento a nível ambulatorial.

**19. Paciente M.A.F., 76 anos, sexo feminino, FA 1232753,** deu entrada na unidade dia 18/12/2025, de meios próprios, com quadro de sonolência, queda do estado geral e mal estar geral. Sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em

observação. Recebeu alta dia 20/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento a nível ambulatorial.

**20. Paciente M.J.M., 76 anos, sexo feminino, FA 6593,** deu entrada na unidade de meios próprios, dia 18/12/2025, para realização de ceftriaxona devido tratamento de Pneumonia, foi identificado dispneia, dessaturação e taquipneia. Sendo aberto protocolo de sepse na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação, onde foi transferido para Hospital Terciário dia 19/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento e investigação.

**21. Paciente W.R.S., 53 anos, sexo masculino, FA 1326277,** deu entrada na unidade dia 21/12/2025, de meios próprios, com dispneia, dessaturação, tosse e taquipneia. Sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação. Recebeu alta dia 21/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento a nível ambulatorial.

**22. Paciente I.A.S., 90 anos, sexo femail, FA 140440,** deu entrada na unidade dia 20/12/2025, via SAMU, com quadro de prostração, hipotensão e hipoglicemias. Sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação até o dia 20/12/2025, onde sofreu PCR, sendo então notificado o óbito às 12:40.

**23. Paciente P.S.S., 73 anos, sexo feminino, FA 56460,** deu entrada na unidade dia 23/12/2025, de meios próprios, com quadro de dispneia há 3 dias. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação. Porém dia 24/12/2025 paciente evadiu-se.

- 24. Paciente N.P., 72 anos, sexo masculino, FA 1348437**, deu entrada na unidade dia 24/12/2025, via SAMU, com quadro de protração, queda do estado geral e hipotensão. Sendo aberto protocolo de sepse na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação, onde foi transferido para Hospital Terciário dia 25/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento e investigação.
- 25. Paciente R.L.S., 36 anos, sexo masculino, FA 36966**, deu entrada na unidade dia 25/12/2025, de meios próprios, com quadro de tosse seca, febre a mal estar geral. Sendo aberto protocolo de sepse na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação, onde foi transferido para Hospital Terciário dia 26/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento e investigação.
- 26. Paciente J.C.P., 54 anos, sexo masculino, FA 68289**, deu entrada na unidade dia 27/12/2025, via SAMU, com quadro de queda do estado geral e já em tratamento para Pneumonia. Paciente com dispneia e dessaturação. Sendo aberto protocolo de sepse na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação, onde foi transferido para Hospital Terciário dia 03/01/2026, dando continuidade ao tratamento e investigação.
- 27. Paciente G.C.S., 7 anos, sexo masculino, FA 1313661**, deu entrada na unidade dia 29/12/2025, com quadro de dor abdominal, taquicardia e mal estar geral. Paciente seguiu a linha de cuidado de sepse, após a abertura do protocolo, logo na triagem, mantido em observação. Recebeu alta dia 21/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento a nível ambulatorial.

**28. Paciente N.A.A.C., 64 anos, sexo feminino, FA 165662**, deu entrada na unidade dia 28/12/2025, de meios próprios, com quadro de vômitos, febre e mal estar geral. Sendo aberto protocolo de sepse logo na triagem. Paciente seguiu a linha de cuidado, mantido em observação. Recebeu alta dia 21/12/2025 após estabilização clínica, dando continuidade ao tratamento a nível ambulatorial.

#### **5.1.10 Manejo da Coordenação do Cuidado**

##### **5.1.10.1 Coordenação do Cuidado IAM**

TOTAL DE PACIENTES NA LINHA DE CUIDADO IAM DA MICRORREGIÃO														
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	
<b>TOTAL</b>					<b>2</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>31</b>	

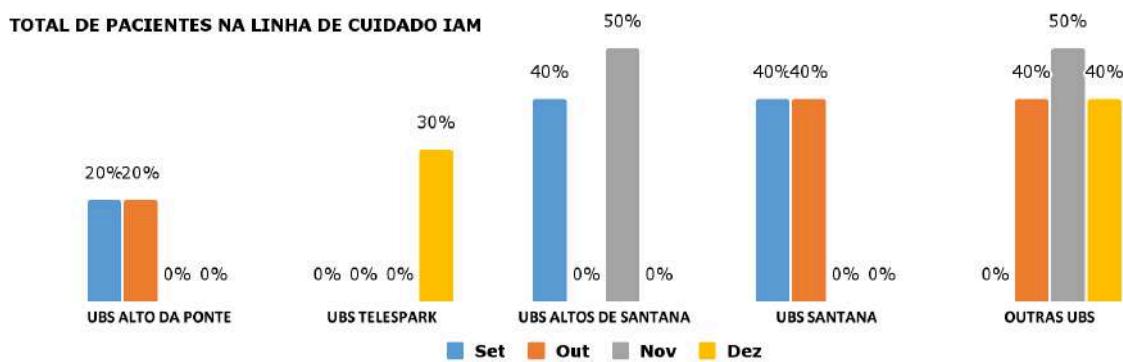
**Análise crítica:** No mês de maio, teve início a implantação do monitoramento sistemático dos pacientes inseridos na linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) na microrregião, contemplando tanto os casos de IAM com supradesnívelamento do segmento ST (IAMCSST) quanto os IAM sem supradesnívelamento do segmento ST (IAMSSST).

Todos os pacientes acompanhados foram devidamente referenciados às respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), assegurando a continuidade do cuidado no território e alinhamento aos princípios da integralidade e da longitudinalidade da atenção. Essa estratégia representa avanço relevante na articulação entre a UPA, a Atenção Primária à Saúde (APS) e os serviços

hospitalares, favorecendo o seguimento clínico pós-evento e o acompanhamento multiprofissional voltado à prevenção de complicações e à redução da recorrência de eventos cardiovasculares.

A iniciativa reforça a importância da atuação em rede e da comunicação efetiva entre os diferentes níveis de atenção, possibilitando o acompanhamento clínico sistematizado, a inserção dos pacientes em programas de reabilitação cardíaca, ações educativas em saúde e intervenções direcionadas ao controle de fatores de risco modificáveis.

Na sequência, apresenta-se gráfico demonstrativo da distribuição territorial das UBSs responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes, evidenciando a capilaridade do cuidado e a efetividade da integração entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde.



A análise da distribuição dos dois pacientes acompanhados na linha de cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) no mês de dezembro demonstra que 100% dos casos foram corretamente direcionados para acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de referência, de acordo com suas áreas de abrangência. Esse resultado evidencia o adequado funcionamento do fluxo de transição do cuidado, assegurando a vinculação dos pacientes à Atenção Primária à Saúde (APS) após a fase aguda, etapa essencial para o controle de comorbidades, a redução de riscos e a prevenção de novos eventos cardiovasculares.

Do total de encaminhamentos, 30% foram absorvidos pela UBS Telespark, pertencente à microrregião, o que reforça a integração interna da rede e a aderência aos princípios de territorialidade e continuidade do cuidado. Os demais casos foram direcionados a UBSs fora da microrregião, demonstrando a capacidade de articulação interterritorial da rede, garantindo que o acompanhamento ocorra no território mais adequado ao domicílio do paciente, independentemente do local de atendimento inicial.

Embora o número de casos acompanhados ainda seja reduzido, a totalidade dos encaminhamentos realizados de forma adequada indica um fluxo organizado e efetivo, refletindo avanço na implementação da linha de cuidado do IAM. Como oportunidade de melhoria, destaca-se a ampliação do monitoramento sistemático e do fortalecimento da comunicação entre os serviços, visando aprimorar o acompanhamento pós-evento e aumentar a rastreabilidade dos desfechos clínicos.

Em síntese, os resultados evidenciam evolução na articulação entre os diferentes níveis de atenção, com impacto positivo na continuidade assistencial, na segurança do paciente e na qualidade do cuidado oferecido aos usuários com IAM.

### 5.1.10.2 Linha de Cuidado AVC

TOTAL DE PACIENTES NA LINHA DE CUIDADO AVC DA MICRORREGIÃO														
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total	
<b>TOTAL</b>					<b>10</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>50</b>	

**Análise crítica:** A análise dos atendimentos de pacientes inseridos na linha de cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no mês de dezembro evidencia avanços consistentes na consolidação da continuidade assistencial, com destaque para a integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O encaminhamento de 100% dos pacientes para a Atenção Primária à Saúde (APS) — prática mantida de forma contínua desde maio — representa um marco relevante para a unidade, refletindo um processo de trabalho estruturado, maduro e alinhado aos princípios de integralidade e longitudinalidade do cuidado.

Esse desempenho reforça o compromisso institucional com a coordenação do cuidado e evidencia a efetividade da APS como ordenadora das ações em saúde, especialmente no monitoramento de fatores de risco, na promoção da adesão terapêutica e na prevenção de recorrências de eventos cerebrovasculares.

Sob a perspectiva analítica, embora os indicadores apontem para uma articulação eficiente entre os níveis assistenciais, o baixo quantitativo de pacientes acompanhados no período limita análises mais aprofundadas quanto a tendências, impacto clínico e desfechos a médio e longo prazo. Nesse contexto, recomenda-se o fortalecimento de indicadores de acompanhamento que permitam avaliar, de forma mais robusta, os resultados assistenciais alcançados na APS e a efetividade das intervenções propostas no seguimento pós-evento.

Adicionalmente, destaca-se a importância de ampliar os mecanismos de retroalimentação entre a UPA e a APS, garantindo que informações relacionadas à evolução clínica, adesão ao tratamento, reinternações e possíveis intercorrências

retornem de maneira sistematizada ao serviço de origem, contribuindo para a qualificação contínua dos fluxos assistenciais.

Em síntese, os resultados apresentados configuram um cenário amplamente favorável, sustentado por boas práticas de articulação em rede, encaminhamento qualificado e compromisso com a continuidade do cuidado. A manutenção e ampliação desses avanços dependem do aprimoramento dos processos de monitoramento e da ampliação da análise de desfechos, elementos essenciais para fortalecer a linha de cuidado do AVC e assegurar impacto positivo e sustentável na qualidade de vida dos pacientes.

#### UBS REFERÊNCIA



#### 5.1.10.3 Linha de Cuidado SEPSE.

TOTAL DE PACIENTES NA LINHA DE CUIDADO SEPSE DA MICRORREGIÃO													
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
<b>TOTAL</b>					17	12	7	13	12	17	13	28	119

**Análise crítica:** A análise dos desfechos dos 28 pacientes com Sepse acompanhados no mês de dezembro evidencia avanços relevantes na consolidação

da linha de cuidado destinada a uma condição de alta complexidade e elevado risco assistencial. O acompanhamento integral de 100% dos casos pertencentes à microrregião, incluindo aqueles que necessitaram de transferência para hospitais de referência, reforça a efetividade da continuidade do cuidado e demonstra maior integração entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Esse desempenho reflete um compromisso institucional sólido com a segurança do paciente, a rastreabilidade das informações clínicas e a eficiência dos fluxos assistenciais, aspectos essenciais no manejo da sepse, patologia associada a altas taxas de morbimortalidade.

Destaca-se, como ponto fortemente positivo, a estruturação de um modelo sistematizado de monitoramento pós-transferência, configurando um avanço expressivo na governança clínica e na qualificação da linha de cuidado. Essa estratégia permite o acompanhamento longitudinal da evolução dos pacientes, ao mesmo tempo em que retroalimenta os processos internos da unidade, favorecendo a identificação de oportunidades de melhoria em todas as etapas do atendimento — desde o reconhecimento precoce e estabilização inicial até a condução terapêutica e a articulação com serviços de maior complexidade.

O modelo adotado fortalece uma abordagem integrada e resolutiva, ampliando a comunicação entre os serviços da rede e garantindo que o retorno das informações clínicas subsidie decisões assistenciais mais assertivas e ações educativas direcionadas às equipes. Ademais, reforça a importância da vigilância ativa e do monitoramento contínuo de indicadores de qualidade, elementos fundamentais para a redução de tempos de resposta, a otimização dos protocolos institucionais e a melhoria dos desfechos clínicos dos pacientes sépticos.

Em síntese, os resultados observados em dezembro demonstram uma rede assistencial progressivamente mais madura, sustentada por equipes multiprofissionais engajadas e por uma gestão orientada a resultados, aprendizado contínuo e segurança do paciente. A consolidação do monitoramento pós-transferência posiciona a unidade em um patamar elevado de organização

assistencial e fortalece o enfrentamento da sepse de forma coordenada, segura e centrada nas necessidades do usuário.

#### **5.1.10.4 Linha de Cuidado TRAUMA**

TOTAL DE PACIENTES NA LINHA DE CUIDADO TRAUMA DA MICRORREGIÃO													
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
TRAUMA SALA VERMELHA >14 ANOS					2	2	5	6	5	9	5	7	41
TRAUMA SALA VERMELHA 0 á 13					2	3	3	1	2	3	0	1	15
EVASÃO SALA VERMELHA E 0 á 13					0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>					<b>4</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>56</b>

**Análise crítica:** A análise dos dados referentes aos oito (8) pacientes acompanhados na linha de cuidado do trauma durante o período avaliado evidencia aspectos relevantes sob as perspectivas assistencial, operacional e gerencial.

Destaca-se, como ponto fortemente positivo, a total conformidade com os critérios de inclusão da linha de cuidado, uma vez que 100% dos pacientes passaram pela sala vermelha e foram corretamente encaminhados, demonstrando coerência entre a gravidade clínica apresentada e as condutas adotadas. Esse resultado reflete o bom funcionamento dos fluxos assistenciais, o alinhamento da equipe multiprofissional aos protocolos institucionais e da Rede de Urgência e Emergência (RUE), bem como a efetividade da classificação de risco.

Em contrapartida, o número reduzido de pacientes efetivamente incluídos na linha de cuidado (cinco casos), quando comparado ao volume global de atendimentos por trauma no período, aponta para uma oportunidade de aprimoramento da vigilância clínica e do refinamento dos critérios de elegibilidade, com vistas a ampliar a identificação precoce de casos que se beneficiaram do acompanhamento sistematizado.

Quanto ao perfil etário, observa-se predominância de adolescentes e adultos jovens ( $\geq 14$  anos), achado compatível com o perfil epidemiológico dos principais mecanismos de trauma, como acidentes automobilísticos, quedas de maior impacto e violência interpessoal. Esse dado reforça a importância de estratégias preventivas intersetoriais e ações educativas direcionadas a esse grupo populacional.

Do ponto de vista dos fluxos assistenciais, a aplicação da linha de cuidado demonstrou eficiência na organização dos encaminhamentos e na contra referência para serviços de maior complexidade, assegurando que pacientes graves fossem transferidos de forma oportuna, segura e regulada para hospitais de referência.

Outro indicador altamente positivo foi a ausência de evasões na sala vermelha durante o período avaliado, evidenciando aderência aos fluxos assistenciais e garantindo a continuidade do cuidado até a conclusão das condutas necessárias em situações críticas.

Ressalta-se, ainda, o uso qualificado da linha de cuidado como ferramenta de monitoramento pós-agudo e acompanhamento dos desfechos clínicos, permitindo à gestão avaliar a efetividade das rotas de referência e contrarreferência e subsidiar decisões estratégicas voltadas à qualificação contínua do cuidado ao trauma.

Em síntese, os resultados demonstram aplicação adequada dos critérios de inclusão, encaminhamentos alinhados às diretrizes vigentes e ausência de intercorrências relevantes no processo assistencial. Ao mesmo tempo, apontam oportunidades claras de fortalecimento da vigilância ativa, especialmente em faixas etárias pediátricas, contribuindo para maior sensibilidade da rede, ampliação da equidade e incremento da resolutividade no cuidado ao trauma.

### 5.1.11 Percentual de pacientes com classificação Azul encaminhados a UBS



**Análise crítica:** No mês de dezembro de 2026, esta Unidade de Pronto Atendimento realizou o atendimento de 56 pacientes classificados com a cor azul no protocolo de triagem, correspondentes a casos de baixa complexidade. Os usuários apresentavam ausência de sinais e sintomas relevantes ou manifestações clínicas leves, não configurando situações de urgência ou emergência que exigissem intervenção imediata.

Após o acolhimento e a prestação das orientações necessárias, todos os pacientes foram devidamente encaminhados às Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de referência do município de São José dos Campos, assegurando a continuidade do cuidado e o acompanhamento pela Atenção Primária à Saúde (APS), em consonância com as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde.

A distribuição dos encaminhamentos por UBS foi a seguinte:

- UBS Alto da Ponte: 11 pacientes
- UBS Altos de Santana: 4 pacientes
- UBS Santana: 5 pacientes
- UBS Jardim Telespark: 7 pacientes
- UBS Bonsucesso: 1 paciente
- UBS Buquirinha: 3 pacientes

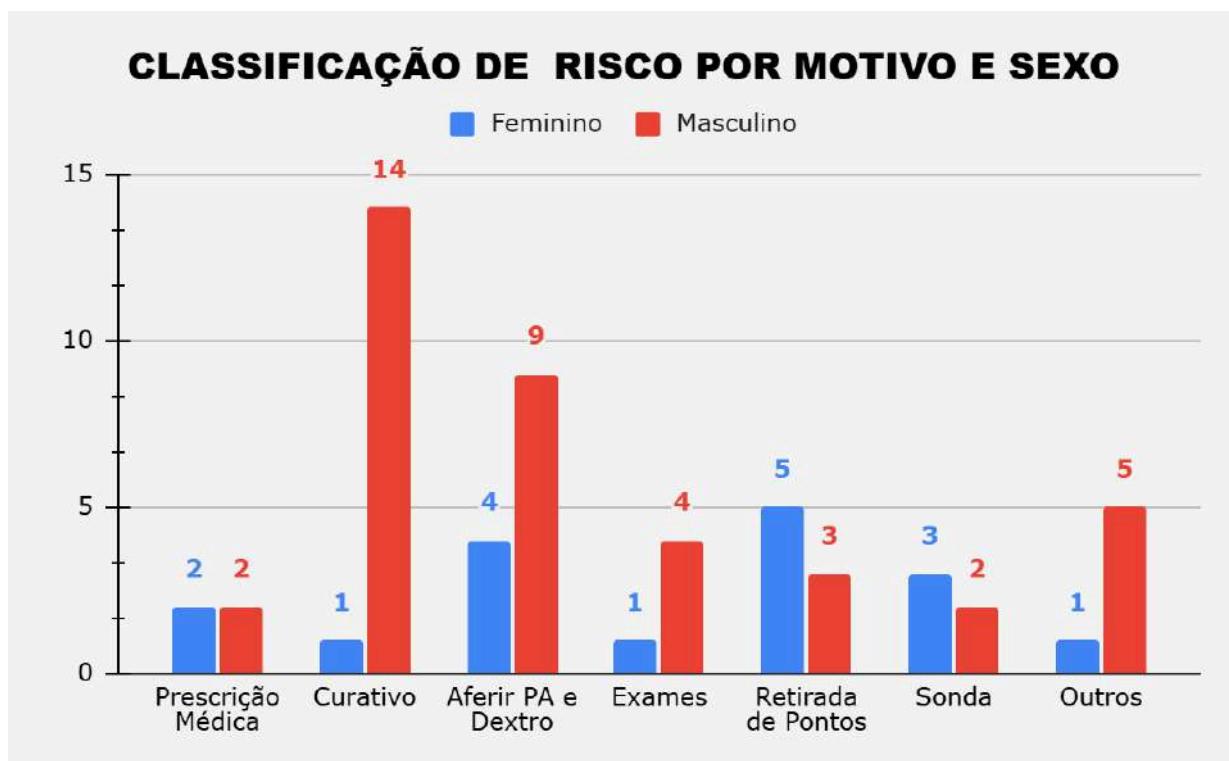
- UBS Centro II: 1 paciente
- UBS Jardim Paulista: 8 pacientes
- UBS Vila Industrial-Vila Tatetuba: 1 paciente
- UBS Vila Paiva: 6 pacientes
- UBS Vila Maria: 2 pacientes
- Outras UBSs: 7 pacientes

No mês vigente, a atuação desta unidade manteve-se alinhada aos protocolos e diretrizes da Rede de Atenção à Saúde, assegurando o encaminhamento adequado dos casos de baixa complexidade à APS. Essa conduta reforça o compromisso com o uso racional dos recursos públicos e com a organização eficiente das linhas de cuidado, contribuindo para a integralidade e continuidade da assistência prestada.



### 5.1.11 Atendimentos na classificação de risco azul por motivos e sexo

O gráfico apresenta o comparativo dos motivos relatados na triagem, classificados como azul, separados por sexo (masculino e feminino).



### Análise por Tipo de Atendimento e Distribuição por Sexo – Dezembro de 2025

- ❖ Curativos: Foram realizados 15 atendimentos, sendo 1 ao sexo feminino e 14 ao sexo masculino. Essa predominância masculina pode estar associada à maior exposição a traumas e ferimentos, especialmente em contextos laborais ou em atividades que envolvem risco físico elevado.
- ❖ Aferição de Glicemia Capilar (Dextro) e Pressão Arterial (PA): Foram contabilizados 13 atendimentos, dos quais 4 corresponderam a pacientes do sexo feminino e 9 ao sexo masculino. Embora o número de atendimentos seja maior entre os homens, observa-se que as mulheres tendem a realizar o

acompanhamento de forma mais regular, evidenciando maior adesão às práticas de cuidado em saúde. Tal comportamento indica atenção semelhante aos fatores de risco cardiovascular e metabólico, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

- ❖ Sonda: Foram registrados 5 atendimentos, sendo 3 do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Nota-se, neste período, maior prevalência desse procedimento entre as mulheres, possivelmente relacionada ao perfil clínico apresentado.
- ❖ Retirada de Pontos: Foram realizados 8 atendimentos, dos quais 5 envolveram pacientes do sexo feminino e 3 do sexo masculino, sugerindo maior ocorrência de procedimentos cirúrgicos prévios entre as mulheres durante o período analisado.
- ❖ Exames: Registraram-se 5 atendimentos, sendo 1 paciente do sexo feminino e 4 do sexo masculino. Observa-se que os homens tendem a buscar os serviços de urgência em situações mais agudas, com menor adesão ao acompanhamento contínuo nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs).
- ❖ Prescrição Médica: Foram registrados 4 atendimentos, distribuídos igualmente entre os sexos (2 do sexo feminino e 2 do sexo masculino), demonstrando equilíbrio na procura por atestados médicos e renovação de receitas.
- ❖ Outros: Foram contabilizados 6 atendimentos, sendo 1 do sexo feminino e 5 do sexo masculino, evidenciando predominância masculina também nessa categoria, mantendo o padrão observado nos demais tipos de atendimento.

**Análise Crítica:** A análise dos atendimentos realizados em dezembro de 2025 evidencia a predominância do sexo masculino na maioria dos procedimentos registrados, especialmente nas categorias de curativos, aferição de pressão arterial e glicemia capilar, exames e outros atendimentos. Esse padrão sugere maior exposição dos homens a situações de risco físico e acidentes, possivelmente associadas a atividades laborais, bem como menor adesão às ações de prevenção e promoção da saúde.

Por outro lado, na categoria de prescrição médica, observa-se uma participação equilibrada entre os sexos, relacionada principalmente à busca por atestados

médicos e renovação de receitas, indicando demanda semelhante nesse tipo de atendimento.

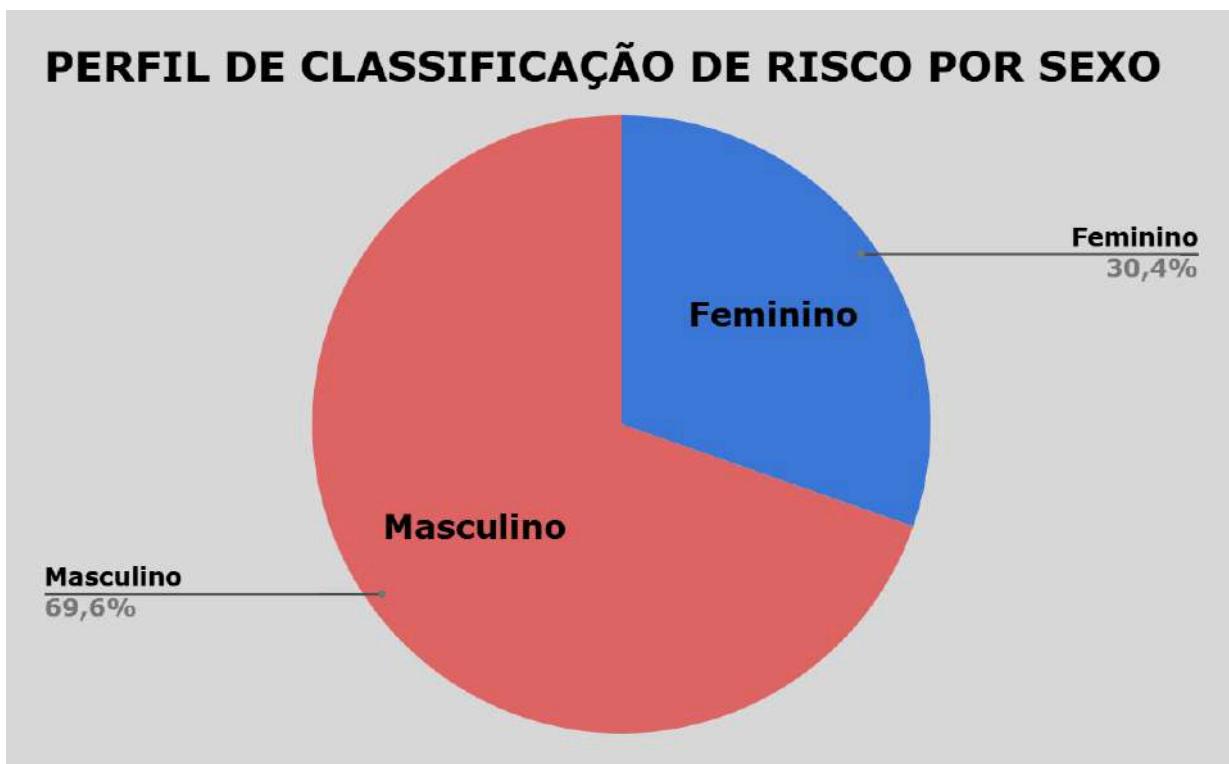
O quantitativo reduzido de procedimentos em algumas categorias, como retirada de pontos e troca de sonda, demonstra que tais demandas não configuram sobrecarga indevida aos serviços de urgência e emergência, podendo, em sua maioria, ser absorvidas pela Atenção Primária à Saúde (APS). Esse cenário reforça a efetividade do processo de triagem, acolhimento e encaminhamento adotado pela unidade.

Entretanto, a maior incidência de atendimentos masculinos relacionados a traumas e ferimentos evidencia a necessidade de intensificar ações intersetoriais e educativas voltadas à promoção da saúde do homem, com foco na prevenção de acidentes, estímulo ao autocuidado e ampliação da adesão ao acompanhamento regular nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

Em síntese, os dados analisados refletem um perfil assistencial alinhado às diretrizes da Rede de Atenção à Saúde, demonstrando organização, resolutividade e adequada articulação entre os níveis de atenção. Contudo, persistem desafios relacionados à equidade de gênero na busca por cuidados preventivos, reforçando a importância do fortalecimento contínuo das estratégias de educação em saúde e promoção do autocuidado, especialmente entre o público masculino.

### **5.1.12 Perfil da classificação de risco azul por sexo**

O gráfico "Perfil da Classificação Azul por Sexo" apresenta uma comparação entre os sexos masculino e feminino, evidenciando a frequência com que cada um busca ou é classificado dentro do sistema azul.



**Principais Observações:** Observou-se maior frequência de atendimentos classificados como “azul” — correspondentes a casos de baixa complexidade — entre usuários do sexo masculino. Esse achado sugere uma tendência desse grupo em recorrer aos serviços de saúde, especialmente às unidades de urgência e emergência, para demandas de menor gravidade e caráter pontual.

Embora a diferença entre os gêneros seja expressiva, os dados apresentam relevância analítica ao evidenciarem um padrão comportamental recorrente entre os homens na busca por atendimentos não urgentes. Tal perfil pode indicar uma vinculação menos contínua e sistemática à Atenção Primária à Saúde (APS), resultando em um uso predominantemente eventual e reativo dos serviços de pronto atendimento, inclusive para demandas passíveis de resolução no âmbito das Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

**Possíveis Motivações:** A maior participação masculina nos atendimentos de baixa complexidade pode estar associada a demandas pontuais de natureza

técnica, como realização de curativos, aferição de pressão arterial e glicemia, solicitação de exames e outros procedimentos, conforme evidenciado no gráfico apresentado anteriormente.

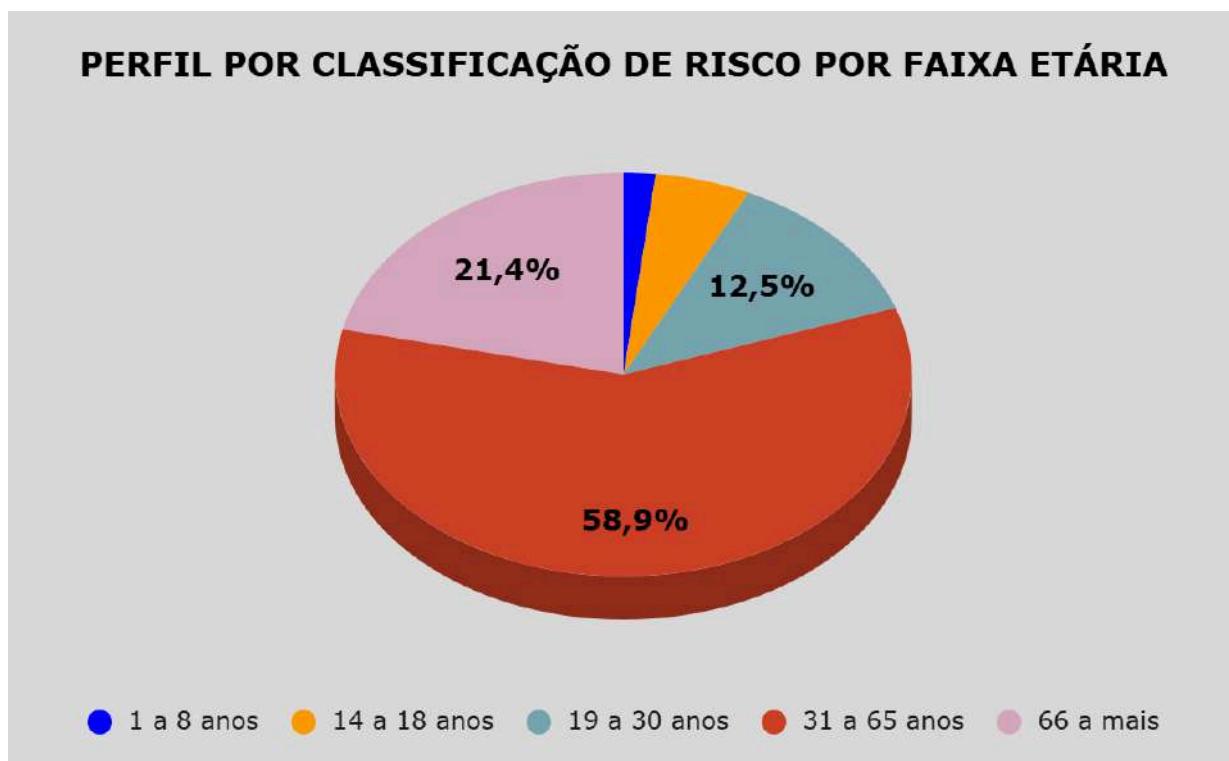
Em contrapartida, a menor representatividade feminina nesse tipo de atendimento sugere maior inserção das mulheres em processos regulares de acompanhamento pela APS, o que contribui para a redução da procura pelos serviços de pronto atendimento para resolução de situações imediatas ou isoladas.

Essa diferença de comportamento reforça a compreensão de que as mulheres apresentam uma integração mais efetiva à lógica do cuidado contínuo, aspecto fundamental para o fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde e para a obtenção de melhores desfechos clínicos, preventivos e assistenciais na população.

**Considerações Finais:** As informações analisadas constituem subsídios relevantes para a compreensão dos distintos padrões de utilização dos serviços de saúde sob a perspectiva de gênero. Ao evidenciar formas diferenciadas de acesso e perfis específicos de demanda entre homens e mulheres, os dados contribuem para a formulação de estratégias mais qualificadas, equitativas e aderentes às Os resultados reforçam a importância do planejamento e da implementação de ações direcionadas, tanto no que se refere à organização dos fluxos assistenciais e à alocação de recursos, quanto ao desenvolvimento de iniciativas educativas e preventivas. Tais medidas são essenciais para promover uma atenção à saúde mais efetiva, resolutiva e alinhada às demandas reais da comunidade, fortalecendo os princípios da integralidade e da equidade que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS).

### 5.1.13 Perfil da classificação de risco azul por faixa etária

O gráfico apresenta o Perfil da Classificação Azul por Faixa Etária, que possivelmente indica a distribuição de pacientes classificados como azul (geralmente casos de menor gravidade) em diferentes grupos etários.



**Análise Crítica:** A distribuição dos atendimentos classificados como “azul”, correspondentes a casos de baixa complexidade, evidencia um padrão relevante no perfil de utilização desta unidade.

- ❖ A faixa etária de 31 a 65 anos concentrou a maior demanda, totalizando 33 registros. Esse resultado indica que adultos em idade produtiva recorrem com frequência ao serviço de urgência mesmo para situações que, em sua maioria, poderiam ser resolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Tal comportamento pode estar associado a fatores como dificuldade de acesso às Unidades Básicas de Saúde (UBSs) em horários compatíveis com a rotina de

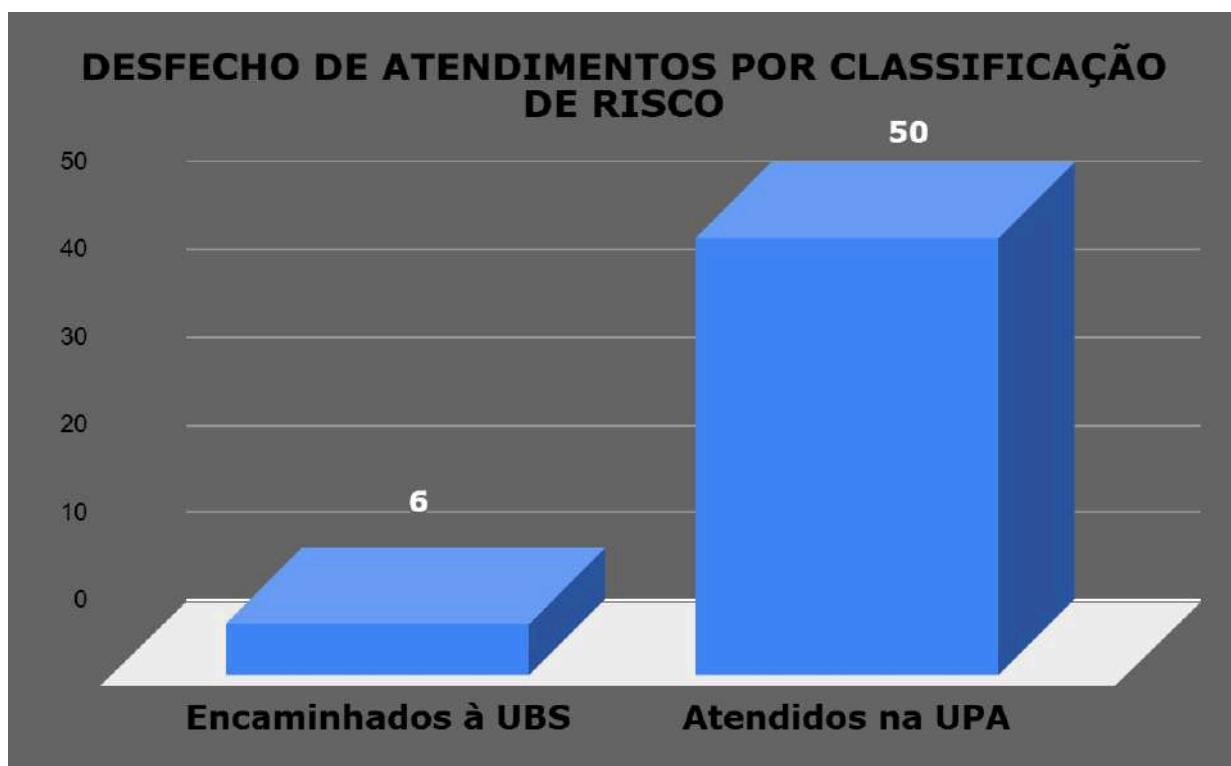
trabalho, busca por resolutividade imediata e percepção inadequada quanto à gravidade do quadro clínico apresentado.

- ❖ Na sequência, a faixa etária de 66 anos ou mais contabilizou 12 atendimentos.
- ❖ Em seguida, o grupo de 19 a 30 anos registrou 7 atendimentos, evidenciando que jovens adultos também tendem a utilizar a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) para demandas de menor complexidade, possivelmente motivados pela praticidade e agilidade do serviço de urgência.
- ❖ A faixa etária de 14 a 18 anos apresentou 3 registros e, embora represente o menor volume entre os grupos adultos, demanda atenção por envolver um público que pode apresentar necessidades específicas de acompanhamento em saúde.
- ❖ Por fim, a faixa etária de 1 a 8 anos contabilizou 1 atendimento. A presença desses grupos etários em atendimentos classificados como “azul” pode sinalizar tanto fragilidades na continuidade do cuidado na rede básica quanto a necessidade de reforço de estratégias educativas, preventivas e de acompanhamento sistemático desses públicos.

De modo geral, os dados evidenciam uso expressivo da UPA para demandas não urgentes, especialmente entre a população adulta, reforçando a importância de ações articuladas com a Atenção Básica, investimentos em educação em saúde e aprimoramento dos fluxos de acolhimento, classificação de risco e orientação ao usuário, visando ao uso mais adequado dos serviços da Rede de Atenção à Saúde.

#### 5.1.14 Desfecho de atendimento por classificação de risco azul

O gráfico mostra como os pacientes decidiram proceder após receberem orientações sobre o fluxo da rede.



**Análise Crítica:** A partir dos dados analisados, verificou-se que 50 pacientes (89,29%) optaram por permanecer em atendimento na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), enquanto apenas 6 pacientes (10,71%) aceitaram o encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência no primeiro dia útil subsequente. Ressalta-se que a maioria desses atendimentos ocorreu fora do horário de funcionamento das UBSs, fator que possivelmente influenciou a permanência na UPA, mesmo em casos de baixa complexidade.

A elevada permanência na UPA evidencia a percepção dos usuários quanto à maior resolutividade, segurança e comodidade atribuídas ao serviço de urgência e emergência. Esse comportamento pode estar relacionado ao desconhecimento

sobre o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS), à fragilidade do vínculo com a UBS de referência e à busca por atendimento imediato, independentemente da gravidade da demanda. Tal cenário reforça a necessidade de intensificar ações de orientação e educação em saúde, promovendo o uso adequado dos serviços disponíveis.

Embora em menor proporção, os usuários que aceitaram o encaminhamento para a UBS demonstraram receptividade às orientações da equipe multiprofissional e reconhecimento da capacidade resolutiva da Atenção Primária à Saúde (APS). Esse dado indica que a comunicação clara, humanizada e qualificada favorece a adesão aos fluxos assistenciais recomendados.

As intervenções das equipes de Enfermagem e Serviço Social mostraram-se fundamentais para qualificar o acolhimento, orientar os usuários e reorganizar o fluxo assistencial, contribuindo para a redução de demandas de baixa complexidade na UPA e para o fortalecimento do papel estratégico das UBSs na coordenação do cuidado. Os resultados evidenciam a importância da educação em saúde, da humanização do atendimento e da comunicação efetiva como instrumentos essenciais para a integralidade do cuidado e a otimização dos recursos da Rede de Atenção à Saúde.

### 5.1.15 Direccionamentos e orientações realizados por setores na classificação de risco azul



**Análise Crítica:** Nos atendimentos classificados como risco azul — caracterizados por demandas de baixa complexidade e sem necessidade de intervenção imediata — observou-se atuação integrada e efetiva entre a Triagem/Enfermagem e o Serviço Social. Essa articulação foi fundamental para garantir orientações qualificadas e encaminhamentos adequados, assegurando que os usuários fossem direcionados conforme a real complexidade clínica apresentada.

A atuação conjunta teve como objetivos principais orientar os usuários quanto ao fluxo assistencial e aos diferentes níveis de atenção, promover direcionamentos compatíveis com a complexidade dos casos e fortalecer o vínculo com a Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecida como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Essa abordagem intersetorial mostrou-se eficaz no manejo das demandas não urgentes, contribuindo para a redistribuição de casos de baixa complexidade para

serviços mais adequados, otimização dos recursos técnicos e humanos da UPA e redução da sobrecarga do atendimento de urgência, permitindo maior foco nos casos que realmente demandam intervenção imediata. Além dos ganhos operacionais, a prática reafirma princípios fundamentais do SUS, como integralidade, resolutividade e coordenação do cuidado.

A equipe de Enfermagem desempenhou papel estratégico no acolhimento inicial, orientando 34 pacientes durante a triagem sobre a continuidade do cuidado nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Esse momento mostrou-se essencial para esclarecer o funcionamento da rede, alinhar expectativas dos usuários e reduzir a permanência de demandas de baixa complexidade na UPA.

No mês de dezembro, apesar da redução temporária da carga horária do Serviço Social — em razão do retorno da profissional afastada apenas no dia 23/12 —, foram realizados 22 atendimentos diretos. O Serviço Social manteve atuação estratégica por meio do uso de ferramentas de gestão, como o sistema Salutem, a planilha de desfecho de pacientes e o registro das condições de saúde, viabilizando encaminhamentos às UBSs, articulação com a APS, garantia da continuidade assistencial e monitoramento dos atendimentos.

Atuando como elo entre a UPA e a Atenção Primária, o Serviço Social qualificou o processo de contrarreferência por meio de contato prévio com as UBSs, via e-mail e telefone, favorecendo o acolhimento planejado, evitando rupturas na linha de cuidado e promovendo uma transição mais organizada e humanizada entre os serviços.

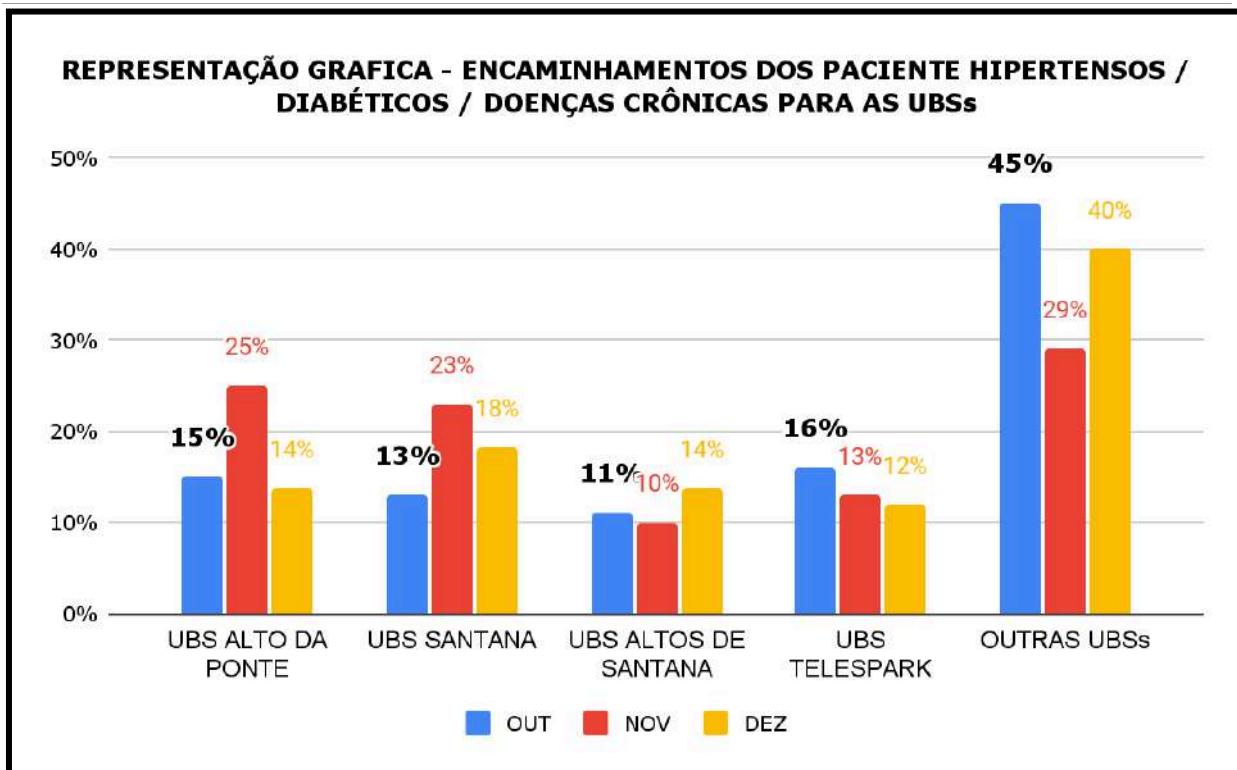
Conclui-se que a integração entre a UPA e as UBSs é essencial para a efetividade do cuidado aos pacientes classificados como risco azul. A articulação intersetorial fortalece a comunicação entre os níveis de atenção, assegura a continuidade do cuidado, promove o uso racional dos recursos públicos e reafirma a APS como eixo estruturante da Rede de Atenção à Saúde, em consonância com os princípios de integralidade, equidade e eficiência do SUS.

A seguir, seguem as tabelas de apresentação das UBSs Microrregião:

<b>DATA</b>	<b>UBS</b>	<b>NOME</b>	<b>IDADE</b>	<b>SEXO</b>	<b>BAIRRO</b>	<b>CID</b>	<b>CLASSIF.</b>	<b>DESFECHO</b>
1/12/2025 09:54:00	UBS ALTO DA PONTE	J. A. P.	55	M	CHÁCARAS HAVAI	VACINA	AZUL	CONSULTA AGENDADA NA UBS 01/12/2025
1/12/2025 15:13:00	UBS ALTO DA PONTE	C. W. DO N.	47	M	CONJUNTO RESIDENCIAL VILA LEILA	ATESTADO	AZUL	ÚLTIMO ATENDIMENTO NA UBS MÊS 09/2025
7/12/2025 07:48:00	UBS ALTO DA PONTE	J. B. R. DOS S.	65	M	AGUAS DE CANINDU	AFERIR DEXTRO	AZUL	VISITA DOMICILIAR - ATENDIMENTO ESF - 17/12/2025
14/12/2025 10:31:00	UBS ALTO DA PONTE	A. J. DA C.	84	M	ALTO DA PONTE	TROCA DE SONDA	AZUL	NO DIA 11/12 REALIZOU AGENDAMENTO DE EXAMES NA UBS
10/12/2025 06:22:00	UBS ALTO DA PONTE	L. A. DOS S.	45	F	AGUAS DE CANINDU	EXAMES	AZUL	EXAMES REALIZADO NA UBS DIA 22/12/25
14/12/2025 13:47:00	UBS ALTO DA PONTE	M. H. A. P.	20	F	JARDIM SANTAREM	QUEIMADURA	AZUL	ATENDIMENTO FARMÁCIA 10/12/25
19/12/2025 19:05:00	UBS ALTO DA PONTE	M. H. A. P.	20	F	JARDIM SANTAREM	ATESTADO	AZUL	ATENDIMENTO FARMÁCIA 10/12/25
19/12/2025 19:15:00	UBS ALTO DA PONTE	G. E. M. N	50	M	ALTO DA PONTE	ALGIA NAS COSTAS	AZUL	ÚLTIMO ATENDIMENTO NA UBS DIA 16/09/2025
23/12/2025 11:57:00	UBS ALTO DA PONTE	L. L. DE S. S.	33	M	VILA CÂNDIDA	ATESTADO MÉDICO	AZUL	VISITA DOMICILIAR - ATENDIMENTO ESF - 30/12/2025
24/12/2025 08:52:00	UBS ALTO DA PONTE	C. M. A. DE A. C.	62	F	VILA MONTE ALEGRE	CURATIVO	AZUL	ATENDIMENTO FARMÁCIA 23/12/25
31/12/2025 16:12:00	UBS ALTO DA PONTE	S. A. DE A. M.	44	M	VILA PAIVA	AFERIR PA	AZUL	ÚLTIMO ATENDIMENTO NA UBS MÊS 11/2025
06/12/2025 09:47:00	UBS ALTOS DE SANTANA	D. B. L.	17	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	RETIRADA DE PONTO	AZUL	ATENDIMENTO FARMÁCIA NO DIA 11/12/2025
23/12/2025 17:06:00	UBS ALTOS DE SANTANA	G. A. DA C. S.	56	F	JARDIM ALTOS DE SANTANA	AFERIR PA	AZUL	CONSULTA AGENDADA COM O MÉDICO PARA O DIA 12/01/2026
28/12/2025 09:04:00	UBS ALTOS DE SANTANA	L. D. DE S.	77	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	CURATIVO	AZUL	CONSULTA AGENDADA COM O MÉDICO PARA O DIA 30/12/2025
31/12/2025 18:18:00	UBS ALTOS DE SANTANA	S. E. M.	56	M	RESIDENCIAL INDEPENDÊNCIA	AFERIR GLICEMIA	AZUL	CONSULTA AGENDADA COM O MÉDICO PARA O DIA 16/01/2026

05/12/2025 12:49:00	UBS SANTANA	A. F.	46	M	SANTANA	AFERIR PA	AZUL	ATENDIMENTO FARMÁCIA DIA 29/12
20/12/2025 07:35	UBS SANTANA	A. DE P. P.	68	M	VILA ZIZINHA	CURATIVO	AZUL	ATENDIMENTO FARMÁCIA DIA 29/12
20/12/2025 10:06:00	UBS SANTANA	C. D. DE A.	78	M	SANTANA	TROCA DE SONDA	AZUL	ATENDIMENTO FARMÁCIA DIA 19/12
21/12/2025 14:25:00	UBS SANTANA	A. DE P. P.	68	M	VILA ZIZINHA	CURATIVO	AZUL	ATENDIMENTO FARMÁCIA DIA 29/12
31/12/2025 17:31:00	UBS SANTANA	M. M. D. D.	66	F	SANTANA	TROCA DE SONDA NASOENTERAL	AZUL	ATENDIMENTO FARMÁCIA DIA 15/12
7/12/2025 07:50:00	UBS JD TELESPARK	J. C. R. DA C.	65	M	VILA SINHÁ	AFERIR PA E DEXTRO	AZUL	ATENDIMENTO FARMÁCIA DIA 18/12
12/12/2025 08:29:00	UBS JD TELESPARK	E. S. M	19	M	JAGUARI	COLETA DE BAAR	AZUL	ÚLTIMO ATENDIMENTO MÊS 11/25
25/12/2025 10:45:00	UBS JD TELESPARK	J. A. DA S. J.	25	M	CH MIRANDA	AFERIR PA	AZUL	ATENDIMENTO FARMÁCIA DIA 17/12
27/12/2025 09:52:00	UBS JD TELESPARK	C. A. DA S.	56	M	VILA PAIVA	AFERIR PA	AZUL	ÚLTIMO ATENDIMENTO MÊS 09/25
29/12/2025 09:32:00	UBS JD TELESPARK	E. M. S.	73	M	VILA UNIDOS	RETIRADA DE PONTOS	AZUL	ATENDIMENTO FARMÁCIA DIA 23/12
29/12/2025 14:54:00	UBS JD TELESPARK	K. A. D. DE S.	15	M	VILA SINHÁ	SENSAÇÃO DE TAQUICARDIA	AZUL	ÚLTIMO ATENDIMENTO MÊS 11/25
31/12/2025 09:54:00	UBS JD TELESPARK	C. A. DA S.	56	M	VILA PAIVA	AFERIR PA	AZUL	ÚLTIMO ATENDIMENTO MÊS 09/25

### 5.1.16 Percentual de pacientes encaminhados às UBS - com doenças crônicas - MICRORREGIÃO NORTE



**Análise crítica:** No mês de dezembro, a unidade registrou 159 atendimentos a pacientes com hipertensão arterial, diabetes mellitus e outras condições crônicas ou infectocontagiosas, como tuberculose e sífilis. Esse dado reforça a permanência desses agravos entre os principais motivos de procura espontânea pelos serviços de urgência, sinalizando fragilidades no acompanhamento longitudinal na Atenção Primária à Saúde.

A análise do território de procedência desses usuários evidencia uma concentração significativa da demanda oriunda de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), que se destacam como principais áreas de origem dos atendimentos. Esse cenário aponta a necessidade de fortalecimento das ações de vigilância, acompanhamento clínico e coordenação do cuidado nessas UBS, bem como de estratégias integradas entre os níveis de atenção, visando à redução de descompensações e da sobrecarga dos serviços de urgência.

- UBS Altos de Santana: 22 pacientes (14%)
- UBS Alto da Ponte: 22 pacientes (14%)
- UBS Telespark: 19 pacientes (12%)
- UBS Santana: 29 pacientes (18%)
- Demais UBS: 67 pacientes (40%)

A análise da distribuição territorial dos atendimentos evidencia a existência de áreas específicas do território com maior concentração de demanda por assistência relacionada às condições crônicas. Esse padrão pode estar associado a diferentes fatores, incluindo barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde (APS), fragilidades no acompanhamento clínico contínuo, descontinuidade dos planos terapêuticos e baixa adesão dos usuários às orientações de cuidado e autocontrole.

A recorrência de pacientes portadores de doenças crônicas em um serviço de urgência — perfil assistencial que deveria ser prioritariamente acompanhado de forma sistemática, longitudinal e preventiva no âmbito da APS — aponta para possíveis limitações na capacidade resolutiva da atenção básica em determinados territórios.

Diante desse cenário, destaca-se a necessidade de fortalecer a articulação entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde, especialmente por meio do aprimoramento da comunicação e da integração entre a unidade de urgência e as Unidades Básicas de Saúde de referência desses usuários. O alinhamento de fluxos assistenciais, a qualificação do retorno dos casos às UBS e o acompanhamento pós-atendimento configuram-se como estratégias fundamentais para a melhoria da gestão do cuidado, a redução da demanda evitável nos serviços de urgência e a maior efetividade no manejo das condições crônicas no território.

Outro aspecto relevante identificado é que aproximadamente 40% dos atendimentos correspondem a usuários vinculados a Unidades Básicas de Saúde localizadas fora da microrregião de referência da unidade, evidenciando seu papel

ampliado como ponto estratégico de atenção para um território mais extenso do que sua área formal de cobertura. Esse cenário reforça a função da unidade como porta de entrada assistencial para demandas provenientes de diferentes regiões do município.

Tal configuração exige o fortalecimento e a padronização dos fluxos de contrarreferência, assegurando que, após a resolução do quadro agudo, esses usuários sejam devidamente reconduzidos à Atenção Primária à Saúde de origem para continuidade do acompanhamento clínico, evitando desassistência, fragmentação do cuidado e recorrência de atendimentos evitáveis na urgência.

Em síntese, os dados analisados apontam para a necessidade de intensificar a integração entre os serviços de urgência e a APS, com ênfase no aprimoramento da gestão das condições crônicas, no fortalecimento das redes de apoio territorial e na implementação de estratégias que ampliem o acesso, promovam maior adesão terapêutica e reforcem o vínculo dos usuários com os serviços responsáveis pelo acompanhamento longitudinal do cuidado.

<b>DATA</b>	<b>UBS</b>	<b>INICIAIS</b>	<b>IDADE</b>	<b>SEXO</b>	<b>BAIRRO</b>	<b>CID</b>	<b>CLASSIF.</b>
02/12/2025 10:41:00	ALTO DA PONTE	F. A. B. M. B	53	F	VILA CÂNDIDA	DIABETES	AMARELO
03/12/2025 13:57:00	ALTO DA PONTE	E. L	53	F	VILA CÂNDIDA	DIABETES	VERDE
07/12/2025 16:44:00	ALTO DA PONTE	C. M. T. R	71	M	ALTO DA PONTE	DIABETES	VERDE
01/12/2025 12:29:00	ALTO DA PONTE	R. L. S. G	52	M	ALTO DA PONTE	HIPERTENSÃO	VERDE
02/12/2025 12:33:00	ALTO DA PONTE	M. C	60	F	CHÁCARAS HAVAÍ	HIPERTENSÃO	AMARELO
01/12/2025 12:29:00	ALTO DA PONTE	S. J. S. L	52	M	ALTO DA PONTE	HIPERTENSÃO	VERDE
02/12/2025 12:33:00	ALTO DA PONTE	A. J. D	60	F	CHÁCARAS HAVAÍ	HIPERTENSÃO	AMARELO

04/12/2025 09:09:00	ALTO DA PONTE	G. N. P	52	F	AGUAS DE CANINDU	HIPERTENSÃO	AMARELO
05/12/2025 10:53:00	ALTO DA PONTE	C. M. M. N	54	M	ALTO DA PONTE	HIPERTENSÃO	VERDE
05/12/2025 19:06	ALTO DA PONTE	T. C. S. R	52	F	CHÁCARAS HAVAÍ	HIPERTENSÃO	AMARELO
10/12/2025 09:25	ALTO DA PONTE	V. C. M	42	F	AGUAS DE CANINDU	HIPERTENSÃO	AMARELO
13/12/2025 22:24:00	ALTO DA PONTE	M. G. F	56	F	ÁREA RURAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HIPERTENSÃO	VERDE
13/12/2025 22:48:00	ALTO DA PONTE	J. S. O	82	F	AGUAS DE CANINDU	HIPERTENSÃO	AMARELO
13/12/2025 23:38:00	ALTO DA PONTE	B. J. P	46	M	VILA PAIVA	HIPERTENSÃO	AMARELO
15/12/2025 16:06:00	ALTO DA PONTE	A. J. D	51	M	ALTO DA PONTE	HIPERTENSÃO	VERDE
15/12/2025 23:36:00	ALTO DA PONTE	G. N. P	37	M	ALTO DA PONTE	HIPERTENSÃO	AMARELO
16/12/2025 00:07:00	ALTO DA PONTE	C. M. M. N	75	F	ALTO DA PONTE	HIPERTENSÃO	AMARELO
16/12/2025 17:51:00	ALTO DA PONTE	T. C. S. R	29	F	JARDIM SANTA MATILDE	HIPERTENSÃO	AMARELO
16/12/2025 21:40:00	ALTO DA PONTE	V. C. M	47	F	ALTO DA PONTE	HIPERTENSÃO	VERDE
19/12/2025 22:02:00	ALTO DA PONTE	M. G. F	71	F	ALTO DA PONTE	HIPERTENSÃO	AMARELO
20/12/2025 01:43:00	ALTO DA PONTE	J. S. O	47	F	VILA RANGEL	HIPERTENSÃO	AMARELO
24/12/2025 16:33:00	ALTO DA PONTE	B. J. P	80	M	JARDIM SANTAREM	DIABETES	AMARELO
01/12/2025 18:53:00	ALTOS DE SANTANA	R. B. S	57	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	HIPERTENSÃO	VERDE
02/12/2025 13:51:00	ALTOS DE SANTANA	A. R. C	20	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
04/12/2025 09:45	ALTOS DE SANTANA	A. O. S	48	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
10/12/2025 02:15:00	ALTOS DE SANTANA	G. S. C. D	23	F	JAGUARI	HIPERTENSÃO	AMARELO
09/12/2025 05:11:00	ALTOS DE SANTANA	F. C. S	50	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO

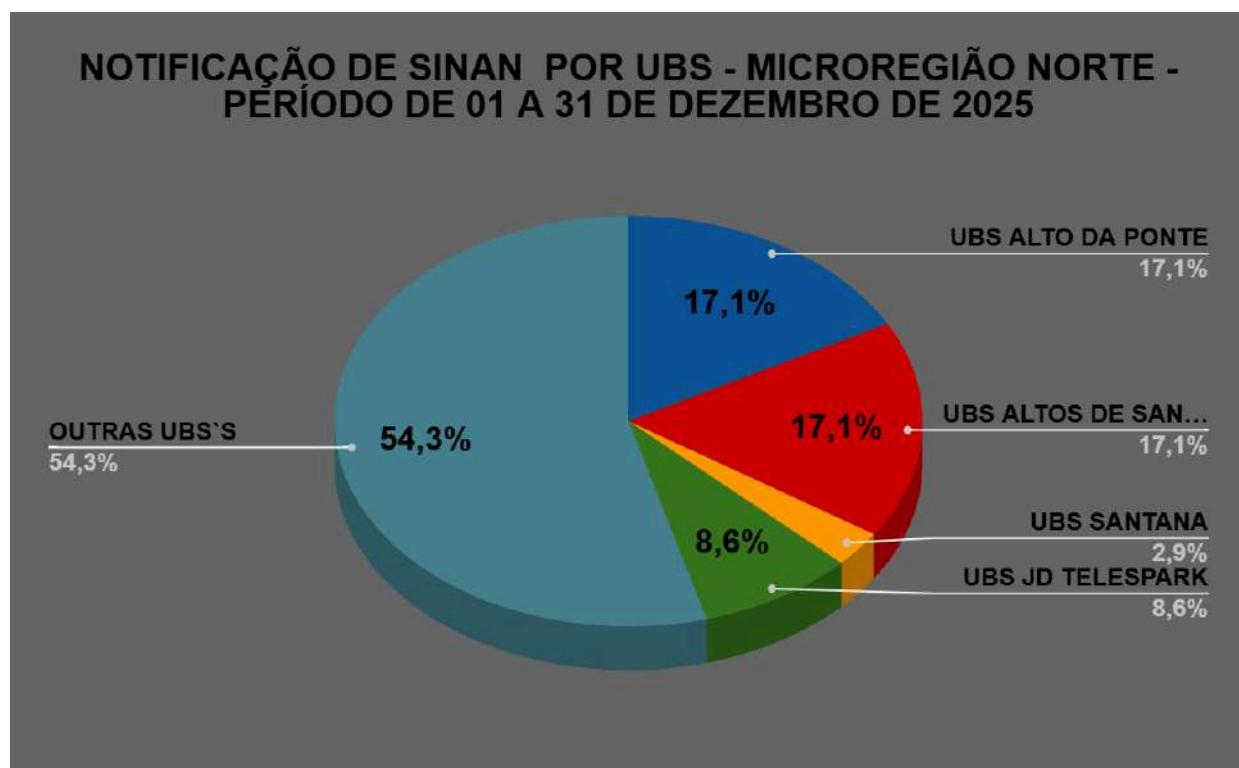
09/12/2025 19:21:00	ALTOS DE SANTANA	A. L. S	46	F	JARDIM ALTOS DE SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
10/12/2025 02:15:00	ALTOS DE SANTANA	G. S. C. D	23	F	JAGUARI	HIPERTENSÃO	AMARELO
12/12/2025 22:21:00	ALTOS DE SANTANA	A. F. S	31	M	CONDOMINIO RESIDENCIAL JAGUARI - ÁREA 5	HIPERTENSÃO	AMARELO
13/12/2025 04:41:00	ALTOS DE SANTANA	M. F. S	70	F	JARDIM ALTOS DE SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
13/12/2025 16:43:00	ALTOS DE SANTANA	M. M. R	40	F	JARDIM ALTOS DE SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
14/12/2025 21:38:00	ALTOS DE SANTANA	T. L. S	75	F	JARDIM ALTOS DE SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
12/12/2025 16:54:00	ALTOS DE SANTANA	D. F. L	35	F	JARDIM ALTOS DE SANTANA	DIABETES	AMARELO
16/12/2025 08:00:00	ALTOS DE SANTANA	A. E.S. F	55	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	HIPERTENSÃO	VERDE
17/12/2025 19:23:00	ALTOS DE SANTANA	A. O. S	48	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
19/12/2025 02:20:00	ALTOS DE SANTANA	M. B. S	29	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
19/12/2025 18:07:00	ALTOS DE SANTANA	C. A. A	37	F	JARDIM ALTOS DE SANTANA	HIPERTENSÃO	VERDE
19/12/2025 19:14:00	ALTOS DE SANTANA	R. A. L	55	F	JARDIM ALTOS DE SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
21/12/2025 14:38:00	ALTOS DE SANTANA	M. C. R	61	F	JARDIM ALTOS DE SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
22/12/2025 22:25:00	ALTOS DE SANTANA	H. O. S	63	F	JARDIM ALTOS DE SANTANA	HIPERTENSÃO	VERDE
26/12/2025 18:14:00	ALTOS DE SANTANA	M. C. M	77	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
28/12/2025 10:01:00	ALTOS DE SANTANA	J. R. S	74	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	HIPERTENSÃO	VERDE
26/12/2025 08:16:00	ALTOS DE SANTANA	D. C. L	33	M	JARDIM ALTOS DE SANTANA	TB	VERDE
01/12/2025 01:57:00	SANTANA	Y. E. R. O	20	F	SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
01/12/2025 17:13:00	SANTANA	R. M. C	55	M	ÁREA RURAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HIPERTENSÃO	AMARELO
02/12/2025 10:00:00	SANTANA	F. F	76	M	VILA RANGEL	HIPERTENSÃO	VERDE

02/12/2025 12:47:00	SANTANA	Y. E. R. O	20	F	SANTANA	HIPERTENSÃO	VERDE
02/12/2025 19:18:00	SANTANA	M. S. M	76	F	VILA RANGEL	HIPERTENSÃO	AMARELO
02/12/2025 21:10:00	SANTANA	G. C. N. G	49	F	SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
04/12/2025 07:09:00	SANTANA	Y. E. R. O	20	F	SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
04/12/2025 23:44:00	SANTANA	J. A. P	45	F	VILA RANGEL	HIPERTENSÃO	AMARELO
05/12/2025 21:17:00	SANTANA	L. S. C. S	55	F	VILA ZIZINHA	HIPERTENSÃO	AMARELO
03/12/2025 19:17:00	SANTANA	J. V. C	31	M	VILA CRISTINA	SÍFILIS	VERDE
10/12/2025 12:53:00	SANTANA	M. E. I. S	55	F	VILA ALEXANDRINA	HIPERTENSÃO	AMARELO
11/12/2025 13:20:00	SANTANA	A. F	46	M	SANTANA	HIPERTENSÃO	VERDE
9/12/2025 23:13:00	SANTANA	S. R. O. B	59	F	SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
10/12/2025 12:53:00	SANTANA	M. E. I. S	55	F	VILA ALEXANDRINA	HIPERTENSÃO	AMARELO
11/12/2025 13:20:00	SANTANA	A. F	46	M	SANTANA	HIPERTENSÃO	VERDE
12/12/2025 16:53:00	SANTANA	S. R. S	41	M	SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
12/12/2025 19:07:00	SANTANA	M. E. C. S	74	F	SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
13/12/2025 20:08:00	SANTANA	M. A. O	57	F	SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
14/12/2025 00:55:00	SANTANA	L. B. M. P	75	F	SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
16/12/2025 00:38:00	SANTANA	L. A. M	31	F	VILA ZIZINHA	HIPERTENSÃO	AMARELO
16/12/2025 13:21:00	SANTANA	A. F	46	M	SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
17/12/2025 16:07:00	SANTANA	E. O. L	26	F	SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
22/12/2025 08:45:00	SANTANA	L. A. P	58	M	SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO

22/12/2025 14:47:00	SANTANA	E. F. A	61	F	SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
23/12/2025 10:42:00	SANTANA	R. V. F	74	M	SANTANA	HIPERTENSÃO	AMARELO
29/12/2025 10:44:00	SANTANA	A. J. L	63	M	JARDIM PARAISO DO SOL	HIPERTENSÃO	AMARELO
30/12/2025 11:25:00	SANTANA	A. F	46	M	SANTANA	HIPERTENSÃO	VERDE
27/12/2025 13:05:00	SANTANA	A. P. S	48	F	SANTANA	DIABETES	AMARELO
29/12/2025 17:50:00	SANTANA	M. A. S	60	F	VILA CRISTINA	DIABETES	AMARELO
05/12/2025 05:49:00	TELESPARK	L. A. F	60	M	VILA DIRCE	HIPERTENSÃO	VERDE
10/12/2025 03:52:00	TELESPARK	L. A. F	60	M	VILA DIRCE	HIPERTENSÃO	AMARELO
10/12/2025 05:31:00	TELESPARK	T. R. O	38	M	VILA SINHÁ	HIPERTENSÃO	AMARELO
10/12/2025 15:47:00	TELESPARK	O. S. J	81	F	JARDIM TELESPARK	HIPERTENSÃO	CINZA
10/12/2025 16:18	TELESPARK	C. F. G. L	24	M	VILA SINHÁ	HIPERTENSÃO	AMARELO
10/12/2025 18:29:00	TELESPARK	E. M. A	46	F	VILA UNIDOS	HIPERTENSÃO	AMARELO
11/12/2025 09:38:00	TELESPARK	A. A. M. S. B	51	F	VILA INDUSTRIAL	HIPERTENSÃO	AMARELO
14/12/2025 14:56:00	TELESPARK	M. L. O	72	F	JARDIM MINAS GERAIS	HIPERTENSÃO	AMARELO
14/12/2025 19:11:00	TELESPARK	N. A. S	49	F	JARDIM TELESPARK	HIPERTENSÃO	AMARELO
15/12/2025 16:14:00	TELESPARK	C. S. M. P	53	F	JARDIM MINAS GERAIS	HIPERTENSÃO	AMARELO
15/12/2025 22:03:00	TELESPARK	N. A. S	53	M	CHÁCARAS OLIVEIRAS	HIPERTENSÃO	AMARELO
15/12/2025 22:03:00	TELESPARK	E. S. M	19	M	JAGUARI	TUBERCULOSE	VERDE
16/12/2025 07:27:00	TELESPARK	A. A. S. V	40	M	VILA SINHÁ	HIPERTENSÃO	AMARELO
17/12/2025 20:07:00	TELESPARK	V. V. M. J	68	M	VILA SINHÁ	HIPERTENSÃO	AMARELO

30/12/2025 15:00	TELESPARK	A. DO N. C.	35	F	JARDIM TELESPIRK	COLETA DE BAAR	AZUL
23/12/2025 07:55:00	TELESPARK	P. J. N. S	29	F	VILA DIRCE	HIPERTENSÃO	AMARELO
27/12/2025 09:24:00	TELESPARK	E. S. O	40	M	VILA DIRCE	HIPERTENSÃO	AMARELO
28/12/2025 00:08:00	TELESPARK	G. K. L	36	F	JARDIM GUIMARÃES	HIPERTENSÃO	AMARELO
29/12/2025 22:43:00	TELESPARK	L. B	73	M	JARDIM TELESPIRK	HIPERTENSÃO	AMARELO

#### 5.1.17 Percentual de pacientes encaminhados às UBS - Notificação SINAN - MICRORREGIÃO NORTE



**Análise Crítica:** No mês de dezembro, foram registradas 35 notificações de violência no município. A distribuição dos casos entre as Unidades Básicas de

Saúde (UBS) da Microrregião Norte evidencia diferenças territoriais relevantes, relacionadas a fatores estruturais, institucionais e socioculturais.

Distribuição das notificações – Microrregião Norte:

- ❖ **UBS Alto da Ponte: 6 casos (17,1%)**: O número de notificações indica capacidade de identificação e manejo adequado das situações de violência pela equipe, considerando a complexidade e heterogeneidade do território. Ressalta-se a importância do monitoramento contínuo, diante da possibilidade de subnotificação.
- ❖ **UBS Altos de Santana: 6 casos (17,1%)**: Apresenta o mesmo volume da UBS Alto da Ponte, possivelmente associado à maior densidade populacional, vulnerabilidade social e à efetividade dos fluxos de identificação e notificação. O dado sugere processos de trabalho consolidados e equipe sensibilizada para a temática.
- ❖ **UBS Jardim Telespark: 3 casos (8,6%)**: O quantitativo intermediário pode refletir menor demanda, subnotificação ou barreiras de acesso, devendo ser analisado à luz das características socioeconômicas e culturais do território.
- ❖ **UBS Santana: 1 caso (2,9%)**: Apesar do baixo número, a unidade demonstra inserção no enfrentamento da violência. O dado reforça a necessidade de fortalecimento contínuo dos vínculos com a comunidade e das ações de vigilância.
- ❖ **Demais unidades do município**: As demais UBS concentraram 19 notificações (54,3%), evidenciando que a violência está distribuída de forma transversal no território, o que demanda vigilância permanente em toda a rede de atenção.

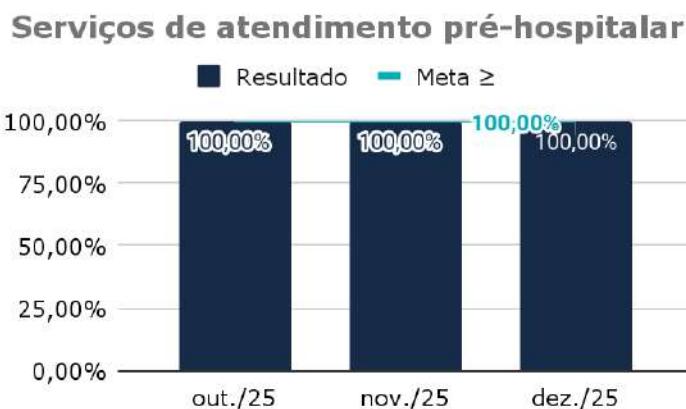
**Monitoramento e cuidado**: O Serviço Social realiza o encaminhamento sistemático das notificações às UBS de referência e acompanha os desfechos por meio da Planilha de Condições de Saúde e Desfecho de Pacientes, assegurando a continuidade do cuidado.

**Fatores associados ao volume de notificações:** A variação no número de notificações relaciona-se a múltiplos fatores, entre os quais se destacam:

- Vulnerabilidade social e determinantes sociais da saúde;
- Qualificação técnica e sensibilidade das equipes;
- Cultura de denúncia e vínculo de confiança com os serviços de saúde.

**Considerações finais:** Os dados de dezembro reforçam a importância da vigilância ativa e da atuação articulada da Atenção Primária no enfrentamento da violência. O fortalecimento da capacitação das equipes, dos vínculos comunitários e da integração da rede de proteção, aliado ao uso de instrumentos como a Planilha de Condições de Saúde e a Sala Lilás, é fundamental para garantir acolhimento qualificado, cuidado integral e proteção de direitos.

#### 5.1.18 Percentual de pacientes encaminhados pelo serviço de atendimento pré-hospitalar



**Análise crítica** No mês de **dezembro**, a **UPA Alto da Ponte** registrou **234 atendimentos oriundos do SAMU**, evidenciando **aumento expressivo da demanda assistencial** quando comparado ao mês anterior (**201 atendimentos em novembro**), o que representa uma elevação aproximada de **16,4%**. Esse crescimento reforça o papel estratégico da unidade como **referência para o**

**atendimento de urgências de média complexidade**, além de indicar maior pressão operacional no período avaliado.

Destaca-se, de forma relevante, o **dia 29/12**, no qual a unidade **absorveu 16 chegadas oriundas do SAMU em um único dia**, configurando **pico assistencial pontual**. Esse cenário exigiu elevada capacidade de resposta da equipe multiprofissional, com necessidade de triagem ágil, priorização clínica e organização do fluxo interno para garantir segurança assistencial e manutenção dos tempos de resposta, sem prejuízo ao atendimento dos demais pacientes da unidade.

Apesar do incremento no volume, o **perfil clínico manteve-se estável**, com predominância de atendimentos classificados como **urgência moderada (amarelo)**, demonstrando que o aumento da demanda não se deu por casos de baixa complexidade, mas por situações que exigem resposta rápida, triagem qualificada e capacidade de estabilização clínica.

---

### **Classificação de Risco – Dezembro**

**Total de atendimentos:** 234

- **Amarelo (Urgência moderada):** 214 (91,5%)
- **Vermelho (Emergência imediata):** 5 (2,1%)
- **Verde (Baixa complexidade):** 14 (6,0%)
- **Azul (Procedimentos/apoio):** 2 (0,9%), relacionados a dificuldades técnicas em troca de sondas

A elevada proporção de atendimentos classificados como amarelos confirma o **perfil assistencial consolidado da unidade**, voltado ao manejo de urgências clínicas que demandam avaliação médica imediata, monitoramento e intervenção oportuna.

Os **casos classificados como vermelhos**, ainda que em número reduzido, mantém a necessidade de **prontidão permanente da equipe multiprofissional**, disponibilidade de recursos críticos e adesão rigorosa aos protocolos de emergência, em razão do elevado risco clínico envolvido.

A presença pontual de **casos classificados como azuis**, relacionados a dificuldades técnicas na troca de sondas, evidencia a atuação da UPA como **retaguarda assistencial qualificada da rede**, mesmo em situações que não configuram emergência, mas exigem capacidade técnica específica.

---

### **Principais CIDs Registrados – Dezembro**

Os códigos CID mais frequentes no período avaliado foram:

- **F10 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool:** 5 ocorrências
- **R53 – Mal-estar e fadiga:** 5 ocorrências
- **R11 – Náuseas e vômitos:** 4 ocorrências
- **R07.4 – Dor torácica não especificada:** 3 ocorrências
- **F41.1 – Ansiedade generalizada:** 3 ocorrências

- **R05 – Tosse:** 2 ocorrências
- **G12.2 – Doença do neurônio motor:** 2 ocorrências
- **R56.8 – Outras convulsões não especificadas:** 2 ocorrências
- **J45 – Asma:** 2 ocorrências
- **N39 – Transtornos do trato urinário:** 2 ocorrências

A recorrência de **agravos relacionados ao uso de álcool e transtornos de ansiedade** reforça o impacto contínuo da saúde mental sobre a demanda da urgência. Já a presença de **dor torácica, convulsões, asma e doenças neurológicas** evidencia a necessidade de vigilância clínica permanente, protocolos bem estruturados e capacidade de resposta rápida para condições potencialmente graves.

#### Comparativo Novembro x Dezembro

Indicador	Novembro	Dezembro	Variação
Total de atendimentos	201	234	+16,4%
Casos Amarelos	183 (91,0%)	214 (91,5%)	Estável
Casos Vermelhos	8 (4,0%)	5 (2,1%)	Redução
Casos Verdes	13 (6,4%)	14 (6,0%)	Estável

Casos Azuis	0	2 (0,9%)	Inclusão pontual
-------------	---	----------	------------------

Mesmo com aumento relevante do volume assistencial, **não houve alteração significativa no perfil de gravidade**, indicando **capacidade de absorção da demanda sem perda de controle assistencial**.

---

### Síntese Analítica – Dezembro

O mês de dezembro caracterizou-se por:

1. **Aumento da demanda assistencial via SAMU**, reforçando a centralidade da unidade como referência para urgências de média complexidade.
2. **Estabilidade do perfil clínico**, com manutenção da predominância de casos classificados como amarelos.
3. **Relevância contínua de agravos relacionados à saúde mental e uso de álcool**, demandando articulação permanente com a rede psicossocial.
4. **Persistência de quadros respiratórios, neurológicos e dor torácica**, que exigem vigilância clínica, protocolos assistenciais bem definidos e prontidão estrutural.
5. **Demandas técnicas específicas**, ainda que pontuais, que reforçam o papel da UPA como suporte assistencial qualificado da rede.

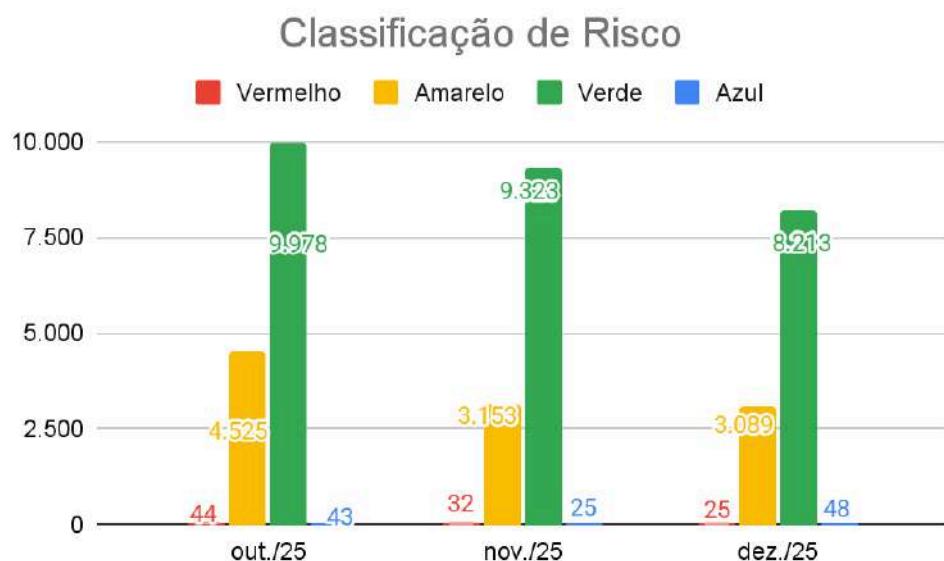
## Conclusão

A análise crítica do mês de dezembro demonstra que, apesar do **aumento expressivo do volume de atendimentos oriundos do SAMU**, a UPA Alto da Ponte manteve **estabilidade do perfil assistencial**, com predominância de urgências de média complexidade e **capacidade resolutiva adequada**.

Os dados reforçam a importância da triagem qualificada, da prontidão para estabilização clínica, do fortalecimento das linhas de cuidado respiratório, neurológico, cardiovascular e de saúde mental, bem como da integração com a rede de atenção básica e psicossocial, visando reduzir reincidências e uso inadequado dos serviços de urgência.

Permanece, portanto, a necessidade de monitoramento contínuo do perfil epidemiológico, manutenção de equipes capacitadas e integração intersetorial, a fim de garantir assistência segura, eficaz e resolutiva, mesmo em cenários de aumento da demanda.

### 5.1.19 Percentual de pacientes acolhidos com classificação de risco



**Análise crítica:** Durante o período avaliado, a unidade realizou 12045 atendimentos, número superior à meta estabelecida de 11.700 atendimentos, conforme previsto no Anexo IIB.

Quanto à distribuição dos atendimentos de acordo com a Classificação de Risco do Programa Nacional de Humanização (PNH), verificou-se que 25 usuários (0,20%) foram classificados como vermelho (emergência), 3.089 (25,64%) como amarelo (urgência), 8.213 (68,18%) como verde (casos de baixa complexidade) e 48 (0,39%) como azul (não urgentes).

Observa-se a predominância de atendimentos classificados como verde, o que evidencia o perfil assistencial de baixa complexidade da unidade, característica comum às Unidades de Pronto Atendimento. Parte expressiva dessa demanda poderia ser resolvida no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), reforçando a necessidade de fortalecimento da integração entre os níveis de atenção. Esse cenário destaca a importância de uma rede de saúde articulada, capaz de orientar

adequadamente o fluxo de usuários e otimizar a utilização dos recursos disponíveis.

Apesar do aumento no volume de atendimentos, ressalta-se o desempenho positivo da equipe multiprofissional, que conseguiu manter a agilidade no atendimento, realizar corretamente a classificação de risco e cumprir os tempos de resposta estabelecidos. Tais resultados evidenciam o compromisso da unidade com a qualidade assistencial, a segurança do paciente e a adequada organização dos fluxos de cuidado, garantindo que os casos mais graves sejam prontamente reconhecidos, priorizados e conduzidos conforme os protocolos institucionais.

Categoria	Quantidade Pacientes	Porcentagem (%)
<b>Vermelho (emergência)</b>	<b>25</b>	<b>0,20%</b>
<b>Amarelo (urgência moderada)</b>	<b>3089</b>	<b>25,64 %</b>
<b>Verde (baixa complexidade)</b>	<b>8213</b>	<b>68,18%</b>
<b>Azul (não urgente)</b>	<b>48</b>	<b>0,39%</b>

**Observação:** Os demais pacientes que não foram classificados entraram na fila dedicada ao cinza para medicação externa.

### **5.1.20 Proporção de notificação de agravos de notificação compulsória**

#### **Notificação compulsória**



**Análise crítica:** Observa-se, no período analisado, um total de 1.615 notificações, com predomínio expressivo de agravos de origem infecciosa e transmissível, especialmente aqueles relacionados a condições ambientais, circulação viral e falhas em medidas preventivas básicas.

O agravo de maior incidência foi a diarreia, com 861 notificações, evidenciando possível relação com fatores como qualidade da água, higiene inadequada das mãos, manipulação de alimentos e condições sanitárias. Esse dado reforça a necessidade de intensificação das ações de educação em saúde, vigilância da água de consumo e orientação à população, principalmente em períodos de maior calor e chuvas.

Entre as doenças respiratórias e virais, destaca-se a COVID-19, com 325 casos, mantendo relevância epidemiológica mesmo fora de períodos de pico, o que demonstra circulação persistente do vírus e necessidade de continuidade das medidas de prevenção, vigilância ativa e atualização vacinal. A conjuntivite, com 178 casos, também apresenta número significativo, sugerindo possível relação com surtos sazonais, ambientes coletivos e falhas nas práticas de higiene pessoal.

No grupo das arboviroses, a dengue registrou 175 casos, número expressivo que reforça a importância das ações de controle vetorial, eliminação de criadouros e articulação intersetorial, especialmente em áreas com maior vulnerabilidade ambiental.

Os casos de mordedura (35) e acidentes por animal peçonhento (6), embora em menor número, demandam atenção contínua devido ao risco de complicações, necessidade de profilaxia e acompanhamento adequado, além de reforço nas orientações à população.

Doenças de notificação obrigatória e relevância clínica, como tuberculose (7), sífilis (5), escarlatina (5) e febre maculosa (1), mesmo com baixa incidência, merecem vigilância rigorosa, rastreamento de contatos e garantia de tratamento oportuno, devido ao potencial de transmissão e impacto na saúde pública.

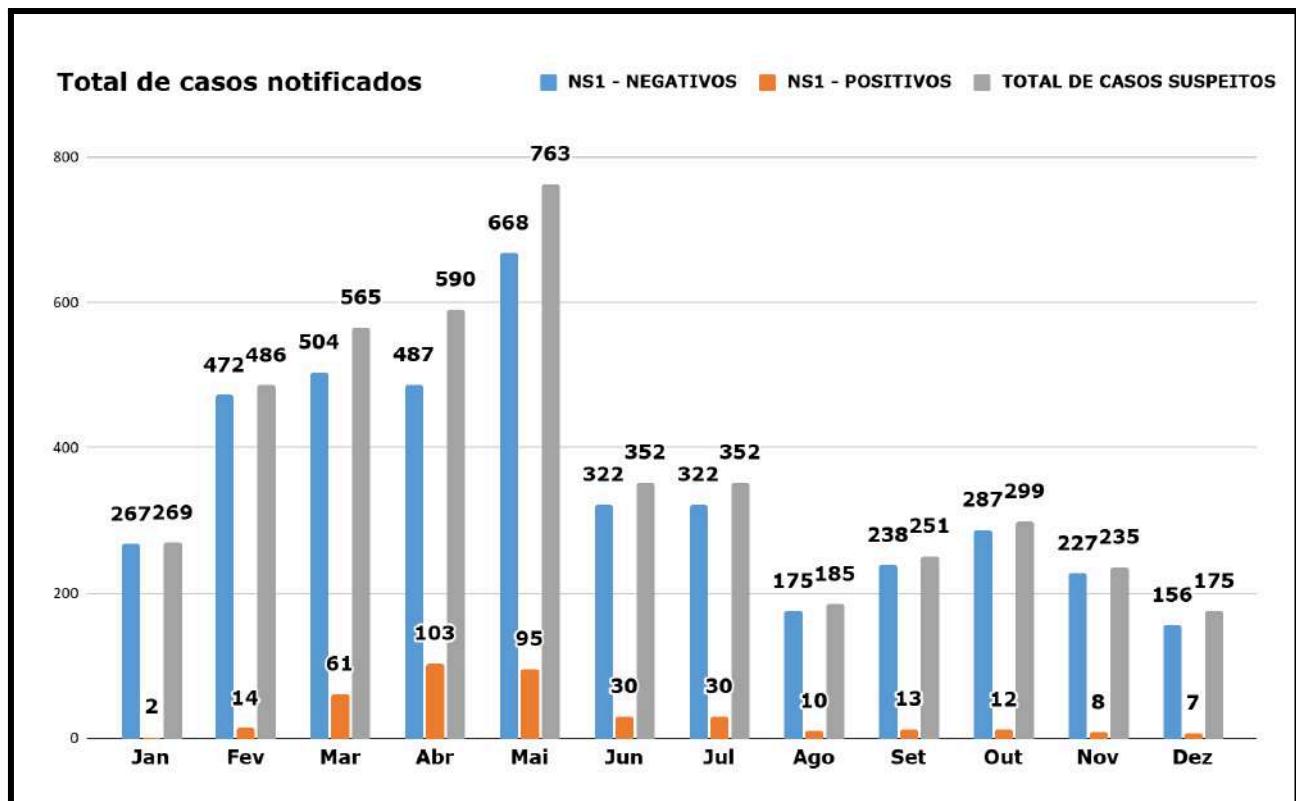
A ausência ou baixa ocorrência de agravos como chikungunya, leptospirose, meningite, sarampo, varicela, coqueluche, monkeypox e HIV é um dado positivo, porém não elimina a necessidade de monitoramento contínuo, manutenção da vigilância epidemiológica e atualização das equipes quanto aos fluxos de notificação.

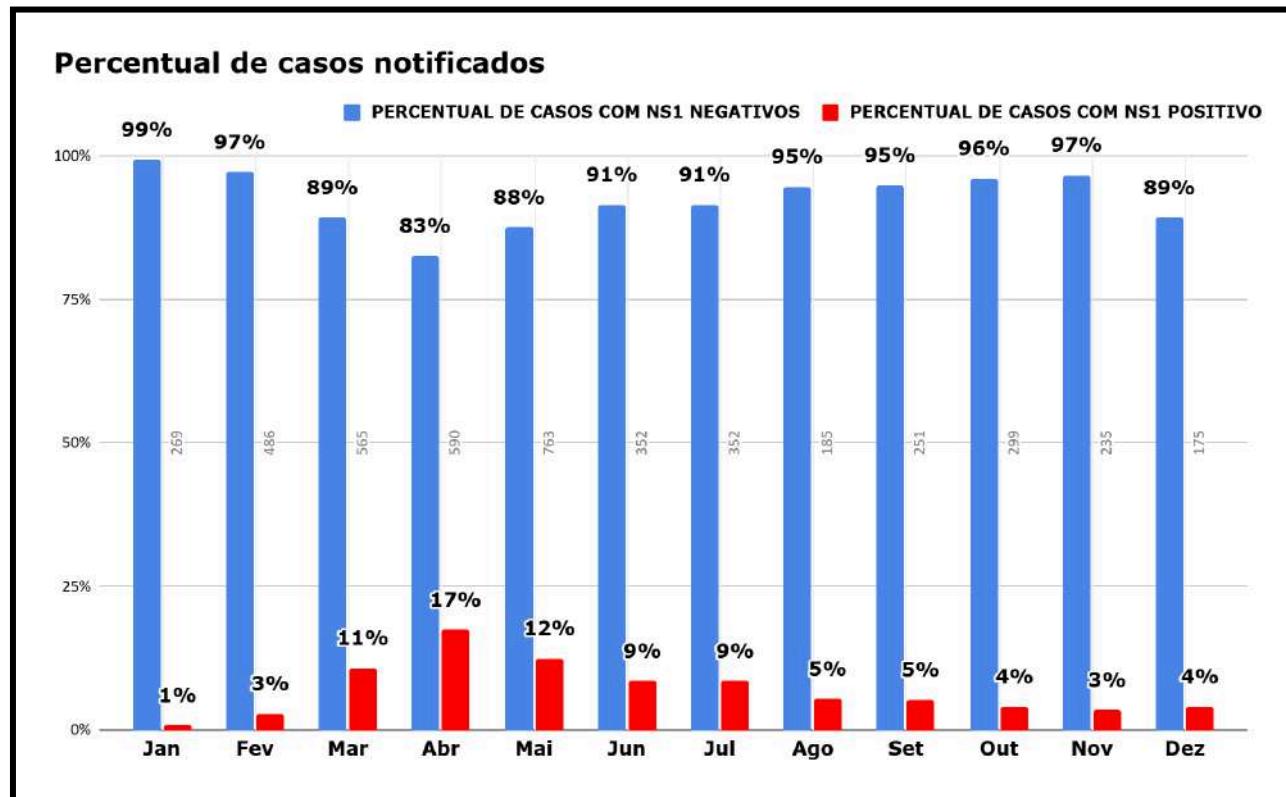
De forma geral, o cenário epidemiológico aponta para a necessidade de fortalecimento das ações preventivas, educação em saúde, vigilância ambiental, controle de vetores e qualificação dos processos de notificação, contribuindo para a redução de agravos evitáveis e melhor planejamento das ações de saúde na unidade.

ACIDENTE POR ANIMAL PECONHENTO	13	4	7	8	5	1	4	2	5	10	3	6
CAXUMBA	1	1	2	1	4	3	3	3	3	2	4	3
CHIKUNGUNYA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CONJUNTIVITE	95	106	77	62	131	147	182	178	226	316	265	178
COQUELUCHE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COVID 19	546	508	390	394	499	362	300	307	395	486	403	325
DENGUE	267	486	565	590	763	352	193	185	251	299	235	175
DIARREIA	1076	920	1171	1002	784	718	600	877	995	1.051	954	861
ESCARLATINA	2	0	0	4	7	5	4	8	12	6	5	5
FEBRE MACULOSA	1	0	0	0	0	0	1	5	6	7	3	1
HIV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
INTOXICAÇÃO EXOGENA	18	12	9	8	14	13	14	8	11	19	10	14

LEPTOSPIROSE	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MENINGITE	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
MONKEYPOX	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MORDEDURA	34	22	24	18	19	31	19	35	19	21	26	35
SARAMPO	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SIFILIS	9	0	3	0	1	5	4	2	5	5	7	5
TB	6	1	6	3	6	4	6	8	8	3	7	7
VARICELA	0	0	1	1	0	1	0	4	4	1	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>2.068</b>	<b>2.060</b>	<b>2.258</b>	<b>2.091</b>	<b>2.233</b>	<b>1.642</b>	<b>1.331</b>	<b>1.622</b>	<b>1.940</b>	<b>2.226</b>	<b>1.923</b>	<b>1.615</b>

### Casos suspeitos ou confirmados de Dengue



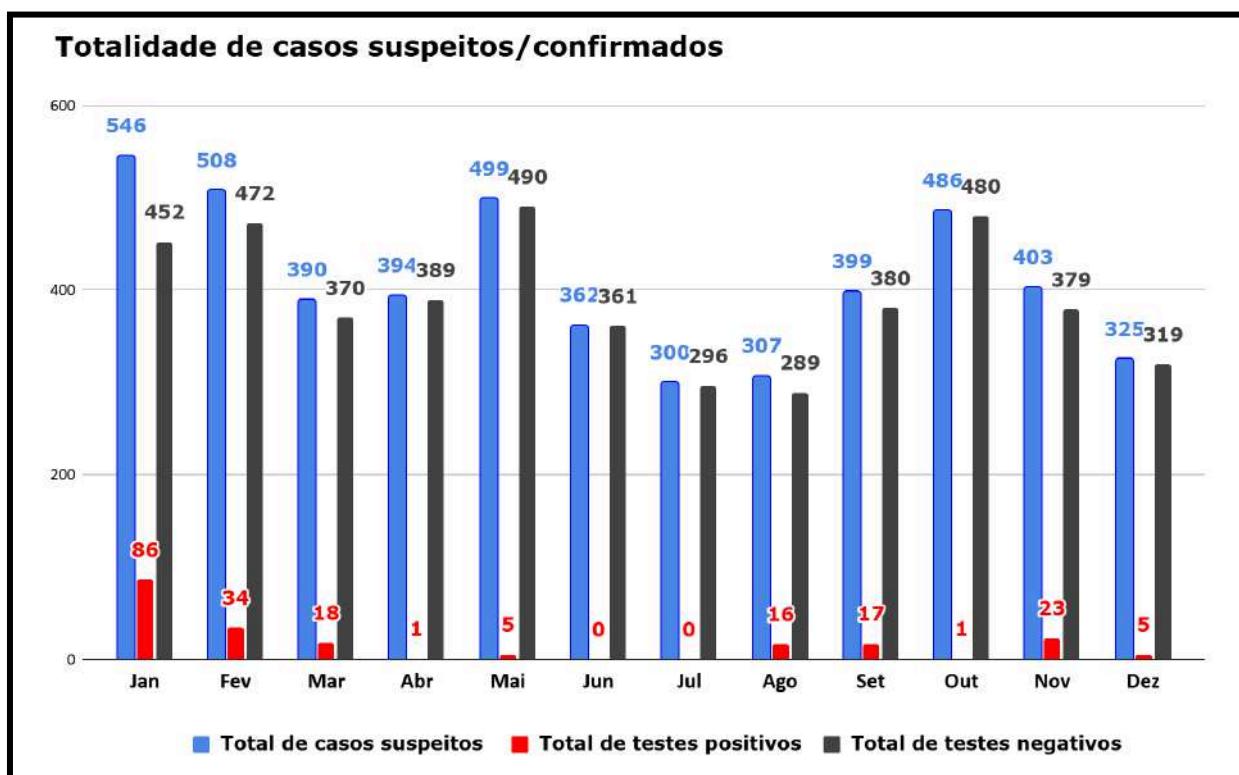


**Análise crítica:** No período avaliado, a unidade notificou 175 casos suspeitos de dengue, refletindo alta procura por atendimento diante de quadros febris compatíveis com arboviroses. Entretanto, a análise dos resultados evidencia que 156 casos foram descartados, enquanto apenas 7 apresentaram confirmação laboratorial, demonstrando baixa positividade entre os casos notificados.

Foram realizadas 38 coletas de RT-PCR, o que indica esforço da equipe na investigação diagnóstica e no cumprimento dos protocolos de vigilância. Ainda assim, o grande número de resultados negativos sugere predominância de outras síndromes virais circulantes, que mimetizam o quadro clínico da dengue e impactam diretamente no volume de notificações.

Apesar da baixa taxa de confirmação, a identificação de casos positivos confirma a circulação viral no território, não permitindo a flexibilização das ações de prevenção. O cenário aponta para a necessidade de qualificação contínua da avaliação clínica, alinhamento dos critérios de notificação e fortalecimento das ações de controle vetorial e orientação à população, evitando tanto a subnotificação quanto notificações excessivas de quadros não compatíveis.

## Monitoramento dos casos suspeitos e confirmados COVID 19

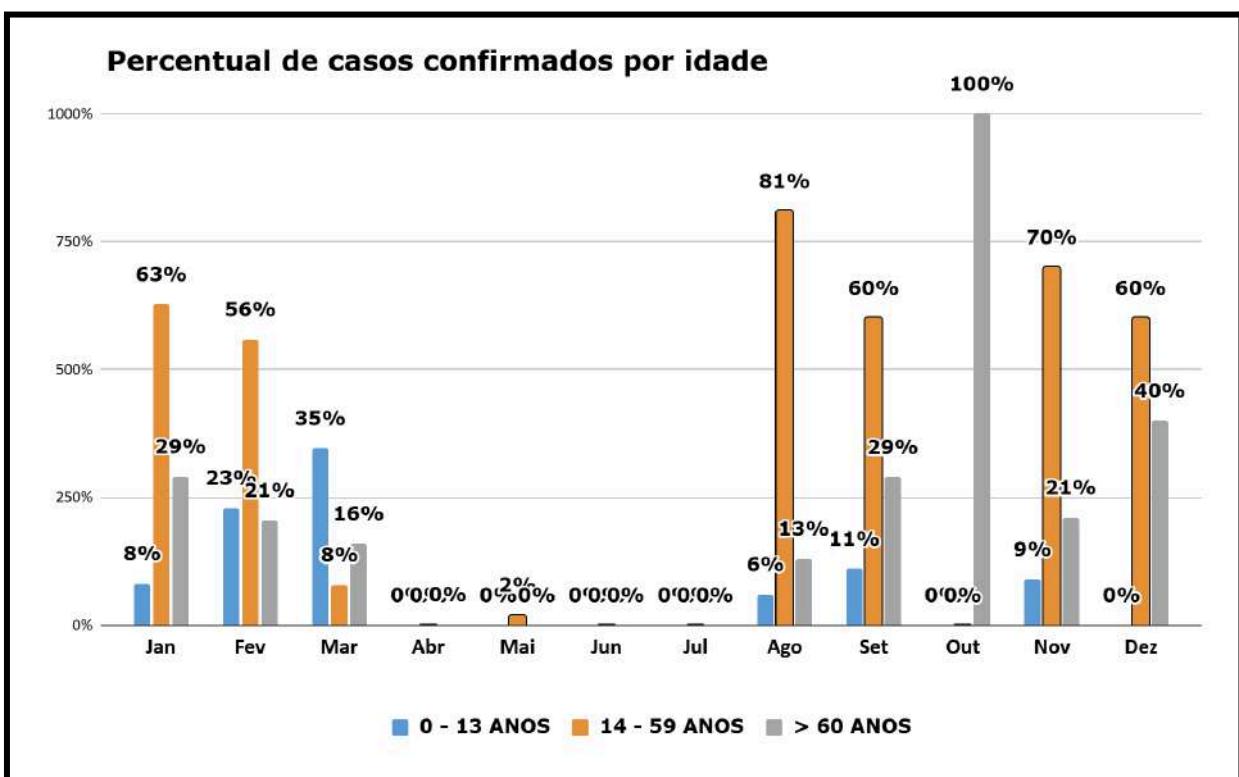


**Análise crítica:** No período analisado, foram registrados 325 atendimentos relacionados à COVID-19 na unidade. Deste total, 319 casos apresentaram resultado negativo, 5 foram confirmados positivos e 1 caso permaneceu como NRC (não respondeu o chamado). Os dados apontam para baixa taxa de positividade, indicando que a maioria dos pacientes atendidos apresentou quadros respiratórios compatíveis com outras infecções virais, frequentes no período analisado. Esse cenário evidencia a ampla circulação de síndromes respiratórias agudas, com impacto direto na demanda por atendimento na unidade.

Apesar do número reduzido de casos confirmados, a presença de resultados positivos confirma que a COVID-19 permanece em circulação no território, reforçando a importância da vigilância epidemiológica contínua, do registro adequado das notificações e do acompanhamento dos casos identificados.

Diante desse contexto, torna-se essencial manter as ações de monitoramento dos casos respiratórios, orientação à população quanto às medidas preventivas e organização dos fluxos assistenciais, garantindo resposta oportuna da unidade frente aos agravos respiratórios.

### **Faixa etária dos casos confirmados COVID 19**

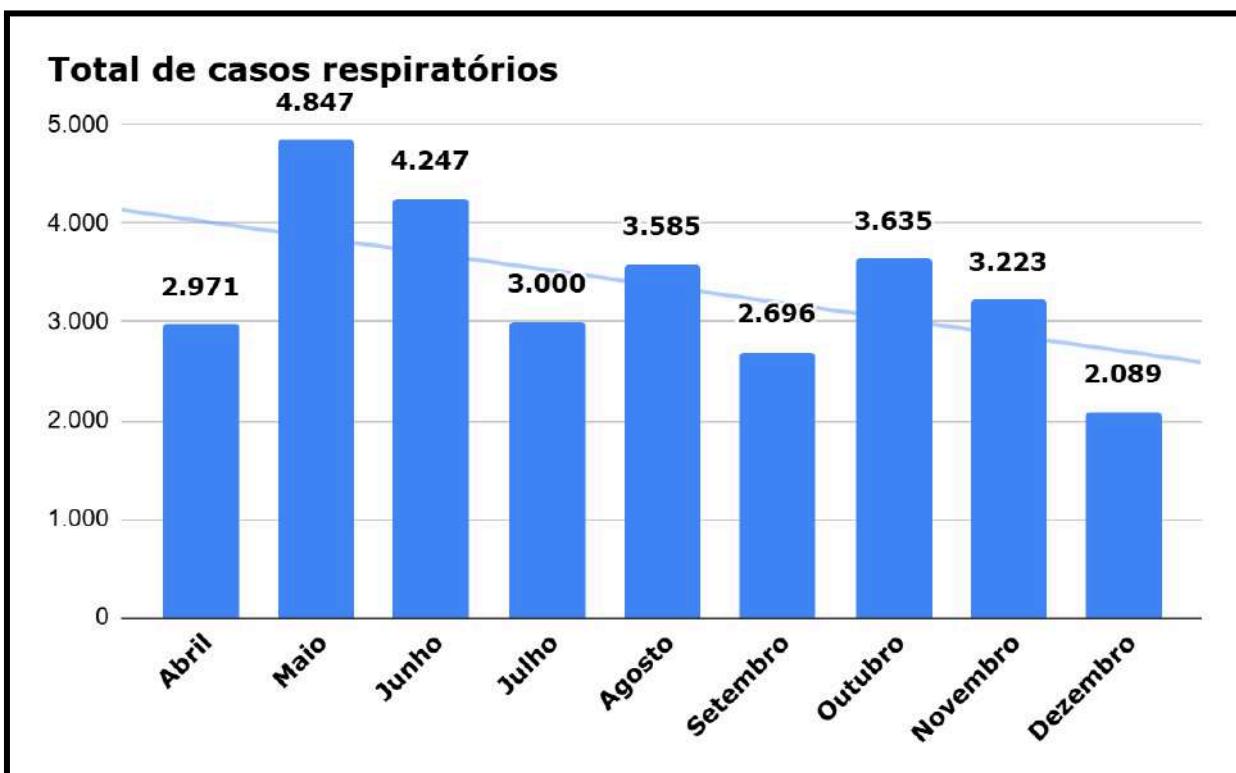


**Análise crítica:** A análise por faixa etária dos casos de COVID-19 demonstra ausência de confirmações na população de 0 a 13 anos, indicando menor impacto da doença nesse grupo etário no período avaliado. Esse dado pode estar relacionado a quadros clínicos mais leves, menor taxa de confirmação laboratorial ou à predominância de outras síndromes respiratórias nessa faixa etária.

Na faixa etária de 14 a 59 anos, foram confirmados 3 casos positivos, refletindo maior exposição social e laboral desse grupo, o que contribui para maior risco de infecção e circulação viral. Já entre os indivíduos com 60 anos ou mais, foram registrados 2 casos confirmados, grupo que, apesar do menor número absoluto de casos, apresenta maior vulnerabilidade a complicações, exigindo atenção diferenciada.

Os dados reforçam a importância da estratificação por faixa etária para o direcionamento das ações de vigilância, com foco na proteção dos grupos mais vulneráveis, monitoramento dos casos confirmados e manutenção das medidas preventivas, especialmente entre adultos e idosos. A análise evidencia que, mesmo com baixa incidência geral, a COVID-19 mantém circulação no território, demandando acompanhamento contínuo por parte da unidade.

### **Monitoramento dos casos de Síndrome Respiratória Aguda**

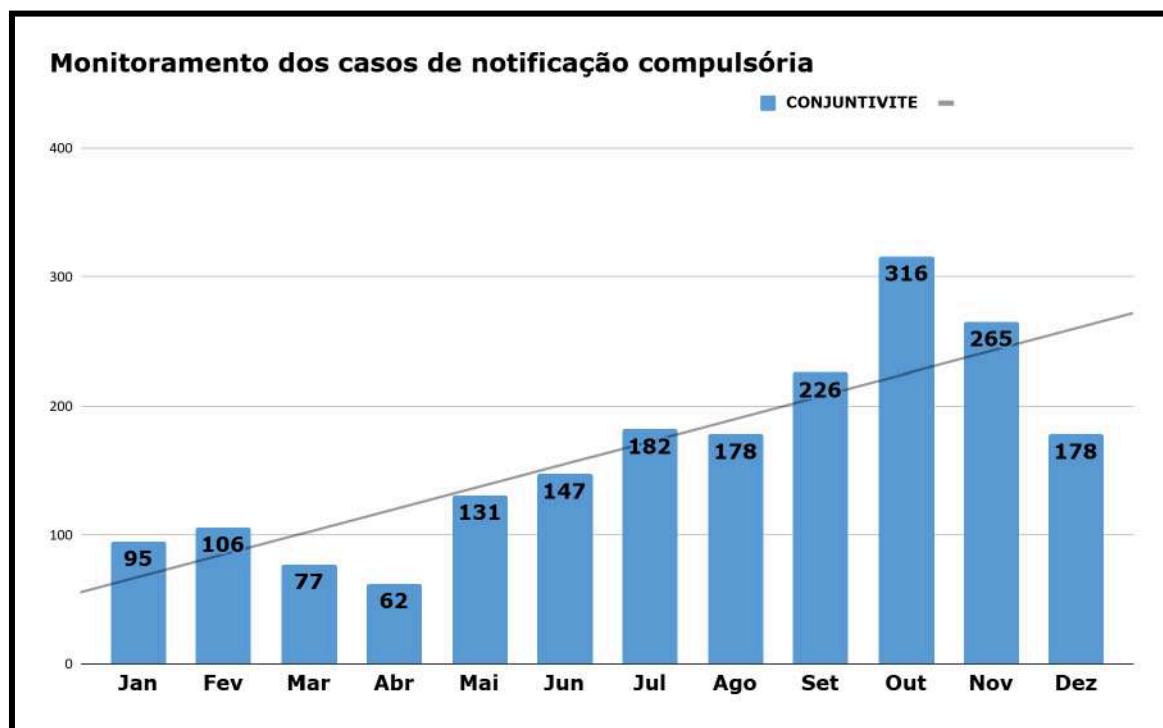


**Análise crítica:** A avaliação do comportamento dos casos respiratórios atendidos na unidade demonstra variação relevante entre os meses analisados, refletindo o perfil epidemiológico do período. No mês de novembro, foram registrados 3.223 atendimentos por síndromes respiratórias, enquanto em dezembro observou-se redução para 2.089 casos, caracterizando queda expressiva na demanda assistencial relacionada a esses agravos.

Essa redução pode estar associada à sazonalidade das doenças respiratórias, às variações climáticas e à diminuição da circulação de alguns vírus respiratórios ao longo do mês de dezembro. Ainda assim, o quantitativo de casos permanece elevado, indicando que as infecções respiratórias continuam exercendo impacto significativo sobre os serviços de saúde, exigindo manutenção da capacidade assistencial e vigilância constante.

O cenário evidencia a importância do monitoramento contínuo dos indicadores epidemiológicos, permitindo identificar precocemente mudanças no padrão de adoecimento e subsidiar o planejamento das ações de saúde. Além disso, reforça-se a necessidade de organização dos fluxos assistenciais, capacitação das equipes e continuidade das ações de orientação à população, visando à prevenção de agravos e à redução da sobrecarga do serviço em períodos de maior circulação viral.

## Monitoramento dos casos de notificação compulsória



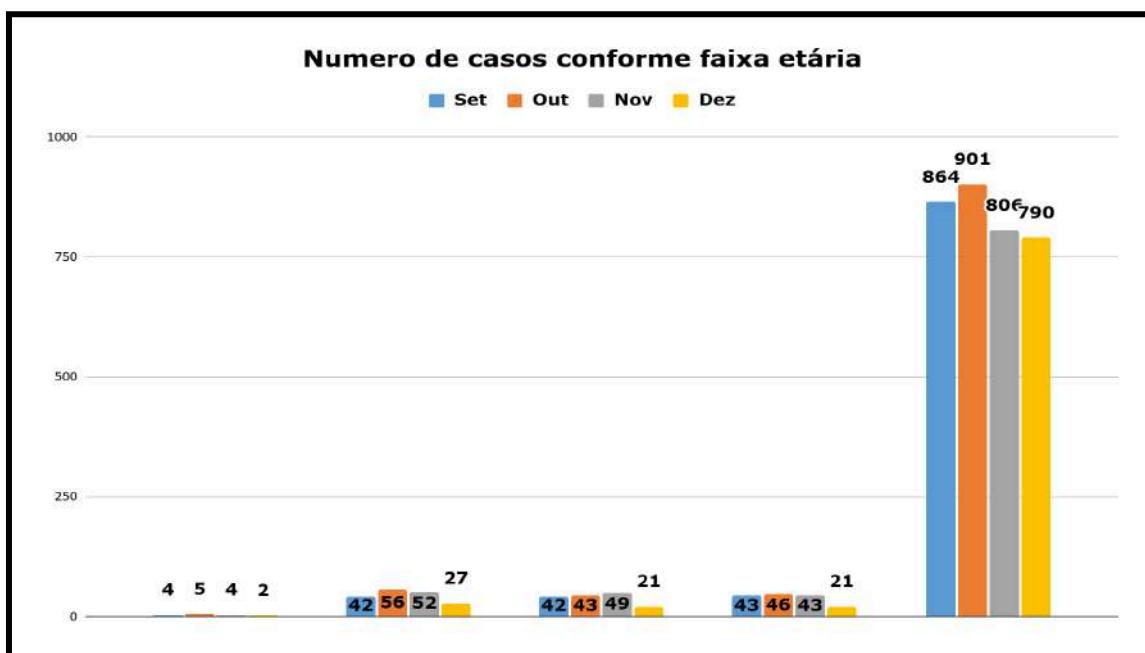
**Análise crítica:** No período avaliado, a unidade registrou 1.615 notificações compulsórias, evidenciando uma elevada demanda relacionada às ações de vigilância epidemiológica e refletindo o intenso fluxo assistencial decorrente de agravos de notificação obrigatória. Destaca-se que dengue, COVID-19 e diarreia possuem sistemas de monitoramento específicos, com protocolos próprios de investigação, acompanhamento e encerramento dos casos, o que concentra parte significativa das atividades das equipes de vigilância.

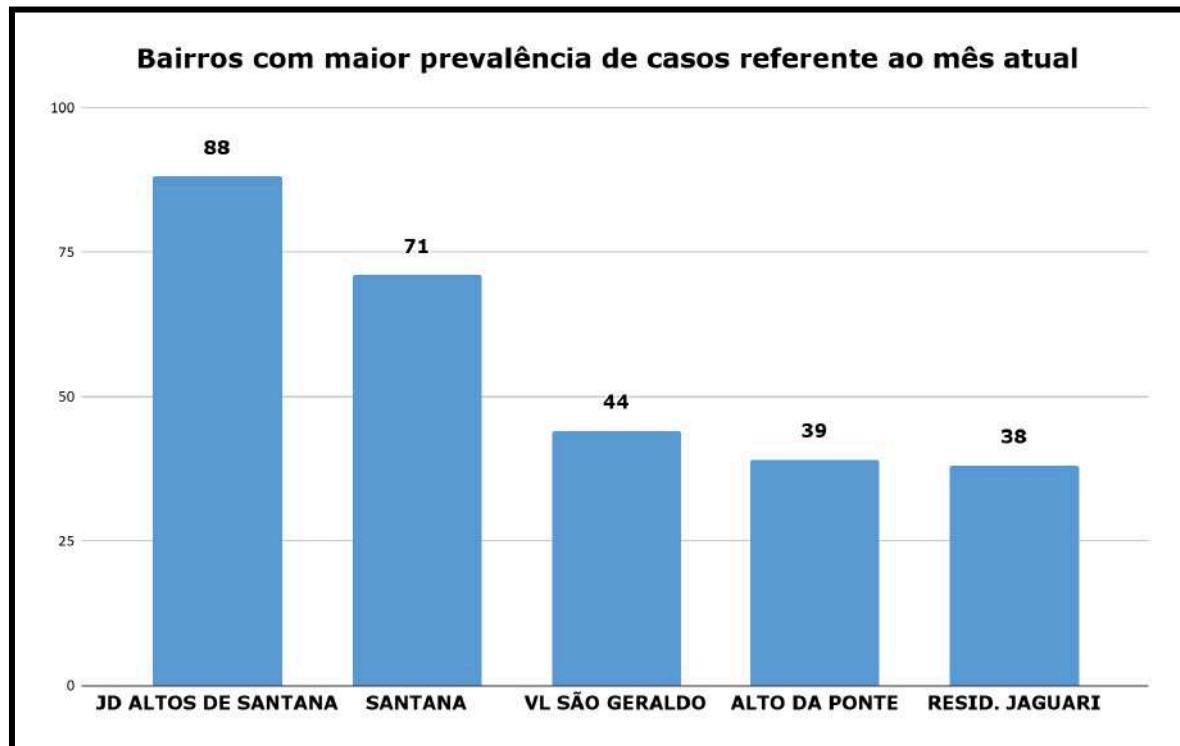
Ao se excluir esses agravos de monitoramento contínuo, observa-se que a conjuntivite assume papel de destaque no cenário epidemiológico do mês, com 178 notificações registradas. Esse cenário evidencia a necessidade de intensificação das ações preventivas e educativas, com ênfase na higienização adequada das mãos, no não compartilhamento de objetos de uso pessoal, na limpeza e desinfecção de superfícies e na orientação em ambientes escolares, instituições de acolhimento e outros locais de grande circulação de pessoas, onde o risco de disseminação é mais elevado.

Além disso, a análise contínua e sistematizada das notificações permite acompanhar a evolução temporal dos casos, identificar áreas de maior incidência e subsidiar a adoção de medidas direcionadas de controle e prevenção.

De modo geral, o conjunto das notificações revela um perfil epidemiológico diversificado, no qual a conjuntivite se destaca como o principal agravão entre aqueles que não dispõem de sistema de monitoramento próprio. Esse comportamento demanda vigilância permanente, integração entre assistência e vigilância epidemiológica e o reforço das estratégias preventivas, visando reduzir a transmissão e garantir resposta oportuna às demandas sanitárias do território.

### **Monitoramento dos casos de Doenças Diarreicas Aguda**



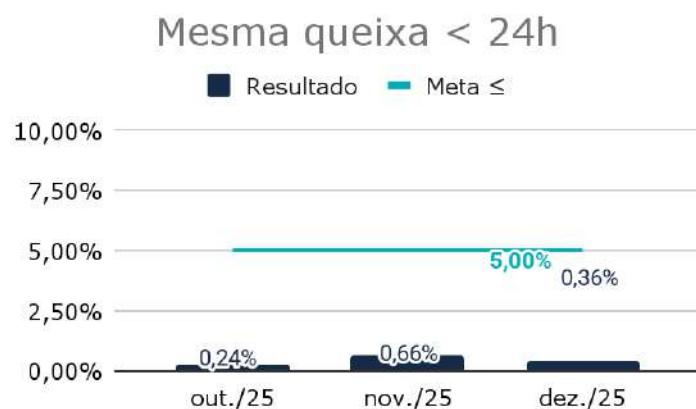


**Análise crítica:** No período analisado, foram registrados 861 casos de diarreia, evidenciando importante demanda assistencial relacionada a agravos gastrointestinais. A análise por faixa etária demonstra predomínio expressivo em indivíduos acima de 15 anos, com 790 casos, enquanto as demais faixas etárias apresentaram números significativamente menores: 2 casos em menores de 1 ano, 27 casos entre 1 e 4 anos, 21 casos de 5 a 9 anos e 21 casos entre 10 e 14 anos. Esse perfil etário sugere maior exposição da população adulta a fatores de risco, como consumo de alimentos e água potencialmente contaminados, hábitos alimentares fora do domicílio e maior circulação em ambientes coletivos.

Quanto à distribuição territorial, observa-se maior concentração de casos nos bairros Jardim Altos de Santana (88 casos) e Santana (71 casos), seguidos por Vila São Geraldo (44 casos), Alto da Ponte (39 casos) e Residencial Jaguari (38 casos). Essa distribuição indica áreas com maior ocorrência do agravo, o que pode estar relacionado a fatores ambientais, condições sanitárias, densidade populacional e acesso aos serviços de saúde.

O cenário apresentado reforça a necessidade de vigilância contínua, com atenção especial aos territórios de maior incidência, bem como o fortalecimento das ações de promoção e prevenção em saúde, incluindo orientações sobre higiene das mãos, consumo de água tratada, manipulação adequada de alimentos e cuidados sanitários no domicílio. Além disso, o monitoramento sistemático dos casos possibilita a identificação precoce de possíveis surtos e subsidia a adoção de medidas oportunas para redução da transmissão e mitigação dos impactos à saúde da população.

#### **5.1.21 Pacientes atendidos pela mesma queixa ≤ 24h**



**Análise crítica:** No mês de **dezembro**, a unidade registrou **0,36% de pacientes que retornaram para nova consulta em até 24 horas pela mesma queixa**, demonstrando **redução expressiva do indicador** quando comparado ao mês de novembro (**0,66%**). O resultado permanece **amplamente dentro da meta contratual**, que estabelece limite máximo de **5%**, mantendo a unidade em **patamar elevado de qualidade assistencial, segurança do paciente e resolutividade clínica**.

A queda do índice evidencia maior efetividade do atendimento inicial, com adequada avaliação clínica, condutas bem definidas e orientações consistentes no momento da alta. O desempenho observado não apenas afasta qualquer risco de não conformidade contratual, como reforça a maturidade do modelo assistencial adotado pela unidade, especialmente em um mês caracterizado por maior variabilidade operacional e aumento da demanda.

Importante destacar que o resultado de dezembro não configura oscilação pontual, mas sim melhora real do indicador, demonstrando estabilidade e fortalecimento da linha de cuidado, mesmo diante de fatores sazonais, como aumento de quadros respiratórios, neurológicos e demandas oriundas do SAMU.

### **Impacto do Fast Track na Redução de Reconsultas**

O **protocolo de Fast Track**, voltado aos casos de baixa complexidade, manteve desempenho satisfatório também em dezembro. Ainda que muitos desses atendimentos não demandem emissão de atestados médicos — fator que poderia estimular retornos espontâneos — **não houve incremento no indicador de reconsulta**, ao contrário, observou-se redução significativa.

Esse comportamento reforça:

- a **adequação do direcionamento dos pacientes** ao fluxo correto,

- a **resolutividade clínica do primeiro atendimento**,
- e a **clareza das orientações fornecidas na alta**, reduzindo retornos desnecessários à urgência.

### **Ações Estruturantes que Sustentam o Indicador**

A manutenção do baixo índice de reconsulta em dezembro está diretamente associada à continuidade das ações estruturantes da unidade, entre as quais destacam-se:

- **Reuniões semanais de discussão de casos clínicos e técnicos**, promovendo alinhamento das condutas, aprendizado coletivo e melhoria contínua da prática assistencial.
- **Integração entre coordenações e equipes multiprofissionais**, garantindo uniformidade nos fluxos, decisões clínicas e critérios de alta.
- **Uso qualificado do prontuário eletrônico**, assegurando registro completo, rastreabilidade das condutas e suporte à tomada de decisão clínica.
- **Identificação e acompanhamento de hiperutilizadores**, com sinalização no sistema e **encaminhamento ágil à microrregião Norte**, promovendo continuidade do cuidado fora do ambiente de urgência e reduzindo retornos evitáveis.

## Conclusão

A análise crítica do mês de **dezembro** demonstra **desempenho superior ao mês anterior**, com **redução do índice de reconsulta para 0,36%**, resultado significativamente inferior ao limite contratual de 5%. O indicador confirma a **alta resolutividade do atendimento inicial**, a efetividade dos fluxos assistenciais e a maturidade do modelo adotado pela unidade.

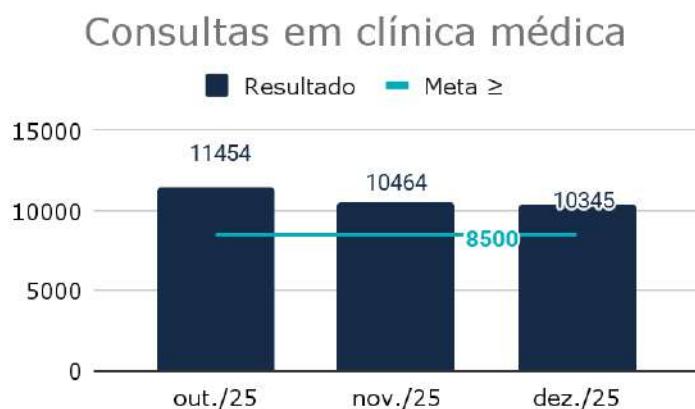
Mesmo em um período marcado por maior demanda e variabilidade clínica, a unidade manteve **excelência assistencial**, segurança do paciente e eficiência na condução dos casos, evidenciando que as estratégias implementadas estão consolidadas e produzem impacto positivo contínuo.

Permanece, portanto, o compromisso com o **monitoramento permanente do indicador**, a qualificação das práticas assistenciais e a integração com a rede de atenção, garantindo a sustentabilidade dos resultados e melhoria contínua da assistência prestada.

## 6. INDICADORES

### 6.1 Produção - UPA ALTO DA PONTE

#### 6.1.1 Consultas em clínica médica



**Análise crítica:** No mês de **dezembro**, a unidade registrou **10.345 atendimentos na ala clínica**, mantendo volume assistencial elevado e contínuo. Em comparação a novembro (**10.464 atendimentos**), observou-se **leve redução de 1,1%**, o que não caracteriza desaceleração significativa do fluxo, mas sim **estabilidade operacional em patamar elevado**, com manutenção da pressão assistencial sobre as equipes.

Mesmo com pequena redução numérica, o volume permaneceu **acima do parâmetro estrutural da unidade**, exigindo organização constante das escalas, gestão eficiente de leitos clínicos e atenção permanente à rotatividade, especialmente nos períodos de maior demanda diária. O comportamento do mês foi relativamente homogêneo, sem picos abruptos prolongados, porém com dias de maior intensidade assistencial que reforçam a necessidade de prontidão operacional contínua.

## Perfil Epidemiológico – Dezembro

A análise dos diagnósticos mais frequentes evidencia **mudança parcial no padrão epidemiológico**, com redução dos quadros gastrointestinais em relação a novembro, aumento proporcional das **síndromes dolorosas** e maior presença de **condições crônicas e de saúde mental**, ampliando a complexidade do cuidado clínico.

### Principais CIDs registrados:

#### 1. **A09 – Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível:**

774 casos

Permanece como o CID mais frequente, porém com **redução relevante em relação a novembro**, indicando possível declínio gradual da circulação de agentes gastrointestinais. Ainda assim, o volume mantém impacto significativo no consumo de insumos e necessidade de hidratação e observação clínica.

#### 2. **M54.5 – Dor lombar baixa:** 620 casos

Apresenta crescimento proporcional e consolida-se como um dos principais motivos de procura. Reflete demanda persistente por manejo de dor musculoesquelética, exigindo protocolos bem definidos e adequada estratificação de gravidade.

#### 3. **Z76.0 – Emissão de prescrição de repetição:** 481 casos

Mantém-se entre os principais CIDs, indicando que parcela relevante da população segue utilizando a unidade como ponto de continuidade terapêutica, o que amplia o fluxo assistencial e reforça a necessidade de triagem rigorosa.

**4. R52.0 – Dor aguda:** 479 casos

Confirma o aumento das síndromes dolorosas inespecíficas, demandando avaliação clínica cuidadosa para exclusão de causas graves e uso racional de analgesia.

**5. M79.6 – Dor em membro:** 393 casos

Integra o conjunto de queixas musculoesqueléticas de alta prevalência, ampliando a diversidade clínica e a necessidade de manejo multiprofissional.

**6. R11 – Náuseas e vômitos:** 305 casos

Segue associado aos quadros gastrointestinais ainda presentes no mês, embora em menor intensidade quando comparado a novembro.

**7. J00 – Nasofaringite aguda (resfriado comum):** 285 casos

Os quadros respiratórios persistem, porém com **menor protagonismo**, indicando redução da sazonalidade típica observada nos meses anteriores.

**8. R05 – Tosse:** 252 casos

Mantém-se como sintoma frequente, associado a infecções respiratórias leves e quadros virais em circulação residual.

**9. R51 – Cefaleia:** 206 casos

Apresenta relevância crescente, muitas vezes associada a estresse, ansiedade, alterações pressóricas ou síndromes dolorosas inespecíficas.

**10. J03.9 – Amigdalite aguda não especificada:** 184 casos**11. F41.1 – Ansiedade generalizada:** 184 casos

A presença concomitante desses diagnósticos evidencia a **importância da**

**saúde mental e das queixas somáticas** na demanda clínica do mês.

**12.N39.0 – Infecção do trato urinário não especificada:** 159 casos

**13.J06.9 – Infecção aguda de vias aéreas superiores não especificada:**  
155 casos

**14.I10 – Hipertensão essencial (primária):** 134 casos

**15.J11 – Influenza (gripe) por vírus não identificado:** 132 casos

**16.T78.4 – Alergia não especificada:** 129 casos

Esses diagnósticos reforçam a **heterogeneidade do perfil clínico**, com presença simultânea de condições infecciosas, crônicas, dolorosas e psicossomáticas.

### **Interpretação Crítica – Dezembro**

O perfil epidemiológico de dezembro revela:

- **Estabilidade do volume assistencial**, sem redução significativa da pressão sobre a ala clínica.
- **Redução relativa dos quadros gastrointestinais**, embora ainda lideram o ranking de diagnósticos.
- **Aumento proporcional das síndromes dolorosas**, que passam a ocupar papel central na demanda clínica.

- **Maior presença de condições crônicas e de saúde mental**, como hipertensão e ansiedade, ampliando a complexidade do cuidado.
- **Persistência de quadros respiratórios**, ainda que com menor intensidade sazonal.

**Pontos de destaque:****1. Transição do perfil epidemiológico**

Observa-se migração gradual de um cenário predominantemente infeccioso para um perfil mais misto, com forte presença de dor, queixas inespecíficas e condições crônicas.

**2. Maior complexidade assistencial**

A diversidade diagnóstica amplia o tempo médio de avaliação clínica, demanda maior acurácia diagnóstica e reforça a necessidade de protocolos consolidados.

**3. Uso da unidade para continuidade terapêutica**

O volume elevado de prescrições de repetição mantém impacto relevante sobre o fluxo, exigindo triagem eficiente e integração com a Atenção Básica.

**Síntese Final**

O mês de **dezembro** manteve **alto volume de atendimentos clínicos**, com **perfil epidemiológico mais diversificado e complexo** quando comparado a novembro. Houve redução dos quadros gastrointestinais, crescimento das síndromes dolorosas e maior presença de condições crônicas e de saúde mental.

O conjunto dos dados reforça a necessidade de:

- organização flexível das equipes,
- gestão eficiente de leitos e fluxos,
- aderência rigorosa aos protocolos clínicos,
- integração contínua com a rede básica para absorção de demandas não urgentes.

A ala clínica segue operando sob **pressão assistencial constante**, exigindo vigilância epidemiológica contínua e capacidade adaptativa para garantir **resolutividade, segurança e qualidade da assistência** diante de um cenário dinâmico e desafiador.

### 6.1.2 Consultas em pediatria



**Análise crítica:** No mês de **dezembro**, o setor de **Pediatria** registrou **2.014 atendimentos**, representando **redução expressiva da demanda** quando comparado ao mês de novembro (**3.242 atendimentos**). A queda corresponde a **1.228 atendimentos a menos**, o que equivale a uma diminuição aproximada de **37,9%** no volume assistencial.

Em relação à **meta contratual de 3.200 atendimentos**, dezembro apresentou desempenho **abaixo do parâmetro previsto**, diferentemente do observado nos meses anteriores, nos quais a pediatria vinha operando acima da capacidade contratual. Essa mudança de comportamento configura uma **inflexão clara do padrão assistencial**, compatível com a **sazonalidade típica do período de dezembro**.

### **Interpretação do Comportamento Assistencial**

A redução acentuada da demanda pediátrica em dezembro é **esperada e recorrente**, sendo historicamente associada a fatores como:

- **Período de férias escolares**, que reduz a circulação de crianças em ambientes coletivos e, consequentemente, a transmissão de infecções respiratórias e gastrointestinais;
- **Mudança no comportamento da população usuária**, com maior deslocamento familiar, viagens e reorganização da rotina;
- **Diminuição da sazonalidade de doenças respiratórias**, que tradicionalmente concentram grande parte da demanda pediátrica nos meses anteriores.

Dessa forma, a queda observada não configura fragilidade assistencial ou perda de capacidade operacional, mas sim **adequação natural do volume à dinâmica epidemiológica do período**.

## **Impacto Operacional e Assistencial**

Mesmo com redução significativa do número de atendimentos, a unidade manteve:

- **Plena capacidade operacional**, com equipes dimensionadas e prontas para absorver oscilações abruptas de demanda;
- **Manutenção da qualidade técnica e segurança do cuidado**, sem prejuízo à resolutividade dos atendimentos realizados;
- **Aderência aos protocolos assistenciais pediátricos**, garantindo padronização, segurança clínica e continuidade do cuidado.

A diminuição do fluxo também proporcionou **maior previsibilidade operacional**, favorecendo organização interna, racionalização do uso de insumos e melhor gestão do tempo assistencial, sem comprometer a prontidão para atendimento de casos agudos.

## **Comparativo Sintético – Outubro a Dezembro**

- **Outubro**: 3.348 atendimentos
- **Novembro**: 3.242 atendimentos
- **Dezembro**: 2.014 atendimentos

O comparativo evidencia que, após dois meses consecutivos operando **acima da meta contratual**, houve em dezembro uma **queda abrupta e sazonal**, interrompendo temporariamente o padrão de sobrecarga observado no trimestre.

## Conclusão

A análise crítica do mês de **dezembro** demonstra que a **redução expressiva dos atendimentos pediátricos** está diretamente relacionada à **sazonalidade típica do período**, não representando perda de capacidade assistencial ou impacto negativo na qualidade do serviço.

O comportamento observado reforça a importância de:

- acompanhamento contínuo da **sazonalidade epidemiológica**;
- planejamento flexível de **dimensionamento de equipes**;
- avaliação permanente do impacto contratual frente às variações naturais da demanda.

A unidade permanece preparada para responder de forma ágil a eventuais retomadas do volume assistencial, mantendo **segurança, qualidade técnica e resolutividade**, independentemente das oscilações sazonais observadas ao longo do ano.

### 6.1.3 Proporção de pacientes atendidos para procedimentos de enfermagem na medicação <1h

#### Procedimentos de enfermagem na medicação



**Análise crítica:** No mês de **dezembro**, a unidade registrou **12.012 pacientes atendidos**, com **100% dos atendimentos realizados em tempo inferior a 1 hora**, mantendo o padrão de **excelência operacional** já observado nos meses anteriores. O desempenho reflete fluxos assistenciais consolidados, adequada integração entre as equipes e capacidade de resposta eficiente mesmo diante de elevado volume de produção.

Durante o período, foram realizados **28.083 procedimentos de administração de medicamentos**, ressaltando-se que **um mesmo paciente pode ter sido submetido a mais de uma via de administração**, conforme necessidade clínica, o que evidencia **intensidade do cuidado e complexidade assistencial moderada**.

Em comparação a **novembro**, quando foram registrados **10.889 pacientes atendidos e 27.687 procedimentos**, observa-se:

- **Aumento de 1.123 pacientes atendidos (+10,3%);**
- **Aumento de 396 procedimentos realizados (+1,4%).**

Esse comportamento indica **crescimento da demanda assistencial**, absorvido sem impacto negativo sobre o tempo de atendimento ou a qualidade do cuidado.

### **Comparativo – Vias de Administração de Medicamentos**

#### **Novembro x Dezembro**

<b>Via de Administração</b>	<b>Novembro – Qtde (%)</b>	<b>Dezembro – Qtde (%)</b>	<b>Análise Sintética</b>
<b>Intravenosa (IV)</b>	9.452 (34,14%)	10.515 (37,44%)	Aumento absoluto e percentual, indicando maior intensidade terapêutica e necessidade de intervenções imediatas
<b>Intramuscular (IM)</b>	7.733 (27,93%)	7.692 (27,39%)	Estabilidade, mantendo-se como segunda principal via de administração
<b>Oral</b>	7.345 (26,53%)	6.571 (23,40%)	Redução percentual, sugerindo menor predominância de condutas exclusivamente ambulatoriais
<b>Bolus</b>	1.270 (4,59%)	1.510 (5,38%)	Crescimento, reforçando uso em situações de urgência que exigem ação rápida

<b>Subcutânea</b>	961 (3,47%)	1.062 (3,78%)	Leve aumento, mantendo relevância em protocolos específicos
<b>Demais vias*</b>	926 (3,34%)	733 (2,61%)	Redução global, permanecendo restritas a indicações clínicas pontuais
<b>Total de procedimentos</b>	<b>27.687</b>	<b>28.083</b>	Aumento de 396 procedimentos (+1,4%)
<b>Pacientes atendidos</b>	<b>10.889</b>	<b>12.012</b>	Aumento de 1.123 pacientes (+10,3%)

\* Demais vias: inalatória, ocular, retal, intranasal, sonda gástrica, tópica e sublingual.

### **Interpretação Crítica – Dezembro**

A análise comparativa evidencia que dezembro apresentou:

- **Aumento do volume de pacientes atendidos**, com manutenção de 100% dos atendimentos em menos de 1 hora;
- **Crescimento da via intravenosa e do uso de bólus**, sugerindo **maior intensidade terapêutica** e possível elevação do grau de complexidade clínica;
- **Redução relativa da via oral**, indicando menor predominância de atendimentos estritamente ambulatoriais quando comparado a novembro;

- **Estabilidade das vias intramuscular e subcutânea**, demonstrando consistência dos protocolos assistenciais.

A relação entre pacientes atendidos e procedimentos realizados mantém média superior a **2 procedimentos por paciente**, confirmado **carga assistencial relevante** e necessidade contínua de equipe capacitada e adequada provisão de insumos.

---

### **Conclusão Geral**

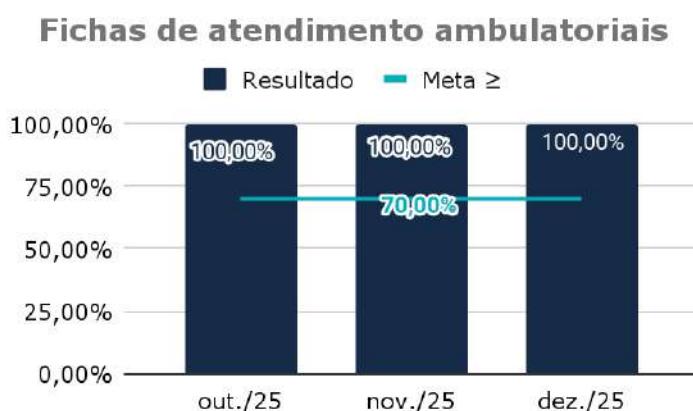
O mês de **dezembro** consolidou-se como um período de **alta performance assistencial**, caracterizado por:

- aumento do número de pacientes atendidos em relação a novembro;
- manutenção de excelência operacional, com **100% dos atendimentos realizados em menos de 1 hora**;
- intensificação do uso de **vias parenterais**, especialmente intravenosa e bólus, sugerindo **perfil clínico levemente mais complexo**;
- estabilidade dos fluxos e aderência consistente aos protocolos institucionais.

Os resultados reforçam a **maturidade do modelo assistencial da unidade**, a capacidade de absorver aumento de demanda sem prejuízo da qualidade e a eficiência da atuação multiprofissional frente às oscilações do perfil terapêutico.

## 7. INDICADORES DE GESTÃO - UPA ALTO DA PONTE

### 7.1 Percentual de fichas de atendimento ambulatoriais faturados no período



**Análise crítica:** No mês de **dezembro**, a unidade registrou **12.430 fichas de atendimento faturadas**, mantendo **100% de conformidade no processo de faturamento**, com preservação integral do padrão de qualidade, confiabilidade e rastreabilidade observado nos meses anteriores.

Em comparação a **novembro**, quando foram faturadas **13.906 fichas**, observou-se uma **redução de 1.476 registros**, equivalente a uma queda aproximada de **10,6%**. Essa variação acompanha o comportamento assistencial do período, caracterizado por **sazonalidade típica de dezembro**, com redução de fluxo em determinados setores, sem impacto negativo sobre a integridade dos processos administrativos e financeiros.

#### Estabilidade do Processo de Faturamento

Apesar da redução no volume absoluto, o desempenho do faturamento manteve-se **estável e tecnicamente consistente**, evidenciando a **maturidade do fluxo operacional**. Todos os registros assistenciais elegíveis foram

devidamente processados, sem perdas, glosas ou inconsistências, reforçando a confiabilidade do sistema adotado.

A **plataforma de faturamento** seguiu atuando como **diferencial estratégico**, possibilitando a **exportação diária do Boletim de Produção Ambulatorial (BPA)**, garantindo agilidade, automação e elevado grau de segurança nas informações enviadas. Esse modelo continua reduzindo riscos de falhas manuais, assegurando rastreabilidade completa dos dados e integridade dos lotes faturados.

### **Auditoria Integrada e Qualidade Documental**

As **auditorias sistemáticas de prontuários**, realizadas em alinhamento direto com o setor de faturamento, permaneceram como etapa fundamental do processo, assegurando que **todos os procedimentos realizados fossem corretamente registrados, codificados e faturados**.

A **Comissão de Revisão de Prontuários** manteve atuação ativa e estratégica, identificando e corrigindo divergências entre registros assistenciais e o sistema informatizado, além de apontar oportunidades contínuas de melhoria documental. Essa integração entre **assistência, auditoria e faturamento** fortalece a consistência das informações, reduz riscos de glosas e aumenta a confiabilidade dos dados encaminhados.

### **Avanços Tecnológicos e Modernização do Processo**

Permanece em **fase avançada de desenvolvimento** a implantação do **prontuário completamente eletrônico**, que permitirá aos profissionais realizar registros e assinaturas assistenciais diretamente no sistema **Salutem**. Essa iniciativa representa avanço estrutural relevante, com impactos positivos diretos, tais como:

- Redução do uso de papel e maior sustentabilidade do processo;

- Elevação da segurança, integridade e rastreabilidade das informações;
- Padronização dos registros assistenciais;
- Maior eficiência e integração entre assistência, auditoria e faturamento;
- Otimização do fluxo de dados que compõem os lotes do BPA.

## Conclusão

A análise crítica do mês de **dezembro** confirma que, mesmo diante de **redução no volume de fichas faturadas**, a unidade manteve **processo de faturamento íntegro, confiável e em plena conformidade**, sustentado por tecnologia adequada, auditoria integrada e revisão contínua da qualidade documental.

O desempenho reforça a **estabilidade e maturidade do modelo de faturamento adotado**, demonstrando capacidade de absorver variações sazonais da produção assistencial sem prejuízo à consistência técnica, segurança das informações e regularidade dos envios, consolidando um padrão sólido e sustentável para os meses subsequentes.

## 7.2 Percentual de Atendimento a Pessoas em Situação de Vulnerabilidade

Atendimento a pessoas vulneráveis



**Análise Crítica:** No mês de dezembro, a unidade manteve 100% de conformidade no atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade, reafirmando o padrão de excelência assistencial observado nos meses anteriores. Todos os requisitos avaliados foram plenamente atendidos, demonstrando continuidade das práticas humanizadas, estabilidade dos fluxos e consolidação do modelo de cuidado inclusivo adotado pela unidade.

### Atendimento Diferenciado às Pessoas Vulneráveis (AVD) – 1 ponto

A identificação automática da pessoa em situação de vulnerabilidade seguiu sendo realizada diretamente no sistema informatizado após a abertura da ficha de atendimento, garantindo priorização imediata e reorganização adequada do fluxo assistencial, conforme a necessidade de cada paciente.

A unidade manteve disponíveis e operacionais os espaços específicos para acolhimento diferenciado, assegurando atendimento humanizado, integrado e resolutivo, incluindo:

- Atendimento especializado do Serviço Social;
  - Profissionais capacitados e direcionados ao suporte especializado;
  - Encaminhamentos qualificados à rede de referência;
  - Acolhimento em saúde pautado na humanização, escuta qualificada e respeito às singularidades.
- 

#### Disponibilização do Nome Social e Sinalização (Flag) no Sistema – 1 ponto

O sistema informatizado permaneceu apresentando de forma ativa o campo de nome social, bem como a sinalização de vulnerabilidade (flag), possibilitando que todos os profissionais identifiquem, desde o primeiro contato, a necessidade de atendimento adequado, respeitoso e alinhado às diretrizes de equidade e dignidade da pessoa humana.

---

#### Sinalização Indicativa de Atendimento Preferencial (SAI) – 1 ponto

As placas de sinalização de atendimento preferencial permaneceram posicionadas em pontos estratégicos da unidade, mantendo-se visíveis, adequadas e compatíveis com o fluxo de usuários. As estruturas foram preservadas e continuam cumprindo sua função informativa e orientadora.

---

#### Local Específico para Atendimento Prioritário, com Garantia de Livre Escolha (LEP) – 1 ponto

A unidade manteve ambientes específicos e estruturados para atendimento prioritário às pessoas em situação de vulnerabilidade, assegurando privacidade, dignidade e livre escolha, dentre os quais destacam-se:

- Sala Lilás, destinada ao acolhimento de mulheres vítimas de violência;
- Sala do Afeto, voltada ao atendimento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA);
- Sala do Serviço Social, para suporte especializado e acolhimento ampliado.

Esses espaços permaneceram plenamente funcionais ao longo do mês, reforçando o compromisso institucional com o cuidado centrado na pessoa.

---

#### Capacitação de Pessoal para Atendimento às Pessoas Vulneráveis (CAP) – 1 ponto

Em dezembro, a unidade deu continuidade às capacitações periódicas da equipe multiprofissional, reforçando as boas práticas de atendimento humanizado, os protocolos institucionais e os fluxos relacionados ao cuidado das pessoas em situação de vulnerabilidade.

As listas de presença e registros das capacitações permanecem arquivadas no drive institucional, assegurando rastreabilidade, transparência e comprovação documental das ações desenvolvidas.

---

#### Divulgação do Direito de Atendimento Prioritário (DIV) – 1 ponto

Além da sinalização visual, a unidade manteve cadeiras específicas reservadas às pessoas com direito ao atendimento prioritário, reforçando a divulgação contínua

---

dos direitos assegurados e promovendo ambiente de respeito, acessibilidade e equidade.

---

### Cálculo Final da Conformidade

Aplicando-se a fórmula:

$$\frac{(AVD+SAI+LEP+CAP+DIV)}{5} \times 100 = \frac{1+1+1+1+1}{5} \times 100 = \frac{5}{5} \times 100 = 100\%$$

---

### Conclusão

A análise crítica do mês de dezembro confirma a manutenção de 100% de conformidade no atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade, evidenciando estabilidade dos processos, efetividade das práticas adotadas e maturidade institucional.

A unidade segue garantindo atendimento humanizado, inclusivo e equânime, com identificação precoce das necessidades, ambientes adequados, equipe capacitada e integração com a rede de apoio, consolidando um modelo assistencial alinhado às diretrizes de equidade, dignidade e segurança do paciente.

### 7.3 Percentual de comissões atuantes e regulares



#### Análise crítica:

#### Comissão Revisão de Prontuários:

A Comissão de Revisão de Prontuários possui caráter bimestral, portanto, a próxima reunião será 28/01/2026.

#### Comissão de Ética de Enfermagem:

Foi discutida a necessidade de aprimoramento contínuo do treinamento diário da equipe técnica, com foco no manuseio seguro e na programação correta de drogas vasoativas e medicamentos utilizados em sedoanalgesia, administrados por meio de bombas de infusão, bem como no conhecimento, monitoramento e controle da estabilidade físico-química dessas medicações.

**Comissão da Farmácia Terapêutica:** Na primeira semana de utilização da Ficha de Acompanhamento da Antibioticoterapia, foram identificados fatores detratores

no fluxo e no preenchimento, sendo deliberados ajustes operacionais e reforço das orientações às equipes.

**Comissão Núcleo segurança do Paciente (NSP):**

Durante a reunião da comissão, foi registrado o relato de uma paciente em tratamento com ceftriaxona, com esquema prescrito para 12 dias, recebeu, na presente data, dose duplicada do medicamento na 7ª administração. A técnica de enfermagem responsável comunicou o ocorrido imediatamente após a administração. Reforçou-se a importância do registro correto e completo de todas as ocorrências no sistema, destacando a necessidade de comprometimento e participação ativa dos membros da equipe junto à comissão. Ressaltou-se, ainda, a relevância da manutenção de uma conduta profissional ética, em conformidade com os princípios do Código de Ética da categoria.

**Comissão de Verificação de Óbito:** No mês de dezembro, não foi realizada a comissão de verificação de óbitos, por ela ser de caráter bimestral. A penúltima reunião foi realizada dia 12/11/2025, já a próxima reunião está agendada para o dia 12/01/2026.

**Comissão de Ética Médica:** A comissão de Ética Médica foi realizada no dia 17/12/2025, onde não foram detectadas nenhuma irregularidade perante o ato médico na unidade. Declarado também que a comissão em nenhum momento foi acionada perante o Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão regulador responsável, para esclarecimentos. Sem nenhum ato ilegal médico ocorrido na unidade. Próxima reunião agendada para o dia 17/02/2026. Segue ata em anexo 9.11.

**Reunião Técnica:** Na reunião técnica realizada no dia 30 de dezembro tratou-se de pontos relacionados à melhoria dos processos assistenciais. Foi discutido o protocolo de antibioticoterapia, que segue sendo executado de forma manual até liberação no sistema, sem impacto assistencial identificado. Também foram abordadas inconsistências na validação dos exames de eletrocardiograma, sendo reforçada a necessidade de orientação às equipes. Por fim, foi informado o

andamento da padronização dos carrinhos de emergência para atendimento adulto e pediátrico, com foco em segurança e agilidade.

**Reunião Clínica:** Na reunião clínica realizada no dia 30 de dezembro foram discutidos casos assistenciais com identificação de não conformidades e riscos à segurança do paciente. Destacou-se a necessidade de alinhamento prévio com o Hospital Pio XII em casos de cateterismo e uso de anticoagulantes. Identificou-se falha no cumprimento do protocolo de TCE em paciente idosa, com deliberação de reforço e reciclagem do fluxo assistencial. Foi abordada falha de comunicação na administração de medicação de alta vigilância, sem dano ao paciente, com orientação imediata e proposta de reunião educativa. Também foi discutida a recusa de paciente à transferência regulada, sendo reforçado o caráter obrigatório do fluxo via Sistema CROSS.

**Comissão de Bioética:** A comissão de Bioética foi realizada no dia 17/12/2025, onde foi discutido o novo fluxo á respeito do guia de antimicrobianos na unidade. Do ponto de vista da Bioética, o fluxo reforça princípios fundamentais como beneficência, ao o melhor desfecho clínico; não maleficência, ao reduzir riscos de uso inadequado, eventos adversos e resistência bacteriana; justiça, ao promover uso racional e equitativo dos recursos de saúde; e autonomia, ao incentivar orientação adequada ao paciente sobre o tratamento proposto. Dessa forma, o fluxo de antimicrobianos consolida-se como uma estratégia ética, responsável e alinhada às boas práticas assistenciais e à segurança do paciente. Próxima reunião agendada para o dia 17/03/2026. Segue ata em anexo 9.10.

**Comissão de Radioproteção:** Foi feito um treinamento com todos os colaboradores do setor de Rx, renovamos o Levantamento Radiométrico da sala de Rx e fizemos uma manutenção preventiva do aparelho CR.

A próxima reunião será dia 27/03/2026.

**Comissão de Humanização:** A reunião da Comissão de Humanização foi realizada no dia 19/12/2025, e possibilitou um espaço de escuta, planejamento e fortalecimento das ações voltadas à promoção do cuidado humanizado no serviço. As deliberações evidenciaram o compromisso dos membros com a valorização da saúde mental, o acolhimento qualificado e o bem-estar de usuários e trabalhadores.

A definição da campanha Janeiro Branco como eixo central das ações reforça a importância do cuidado emocional e da sensibilização contínua, por meio da ambientação do Painel de Humanização, da implantação da caixa de inspiração, da realização de momentos de descompressão e da disseminação de informações por meio de cartazes e orientações realizadas pelo Serviço Social.

As decisões tomadas demonstram a atuação coletiva e integrada da Comissão, contribuindo para o fortalecimento dos vínculos institucionais e para a consolidação de práticas humanizadas no cotidiano da unidade. As ações planejadas serão monitoradas, visando assegurar sua efetividade e impacto positivo na rotina assistencial e no ambiente de trabalho.

A próxima reunião está agendada para o dia 20 de janeiro.

**Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde:**

Na reunião da Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (CCIH), foi realizada a apresentação e análise dos indicadores referentes ao mês de dezembro. No período, foi promovida capacitação institucional sobre o uso adequado de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) aos colaboradores da unidade, com o objetivo de reforçar as medidas de segurança e prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde. Também foi abordada a importância do uso racional de antimicrobianos no âmbito da unidade, visando à redução do risco de resistência microbiana. Adicionalmente, foram desenvolvidas ações educativas junto aos munícipes em alusão à prevenção do HIV/AIDS, reforçando estratégias de conscientização e promoção da saúde. Por fim, foi realizada capacitação quanto ao correto preenchimento do Protocolo de Sepse, com foco na

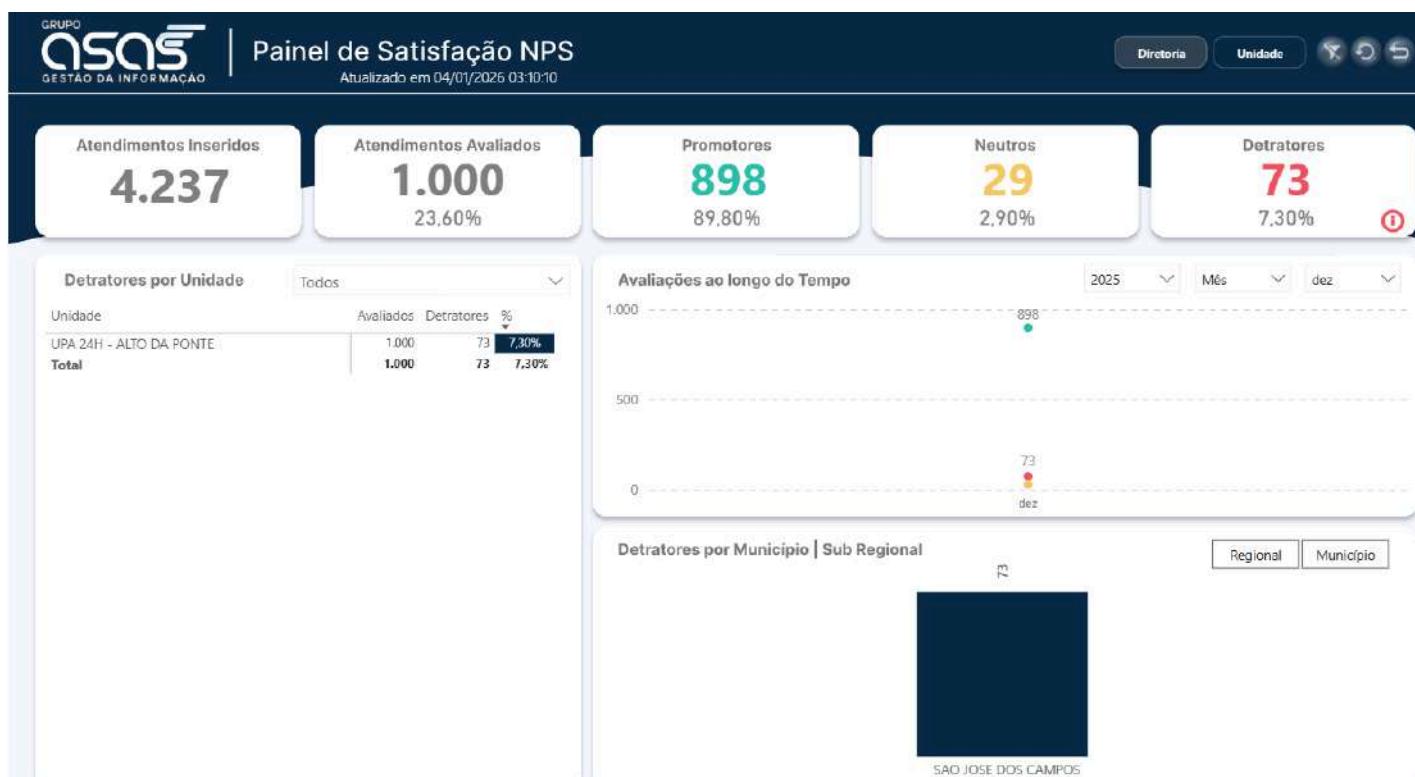
identificação precoce, no manejo oportuno dos casos e na qualificação da assistência prestada.

**Programa de Prevenção de Risco de Acidente com Materiais de Perfurocortantes (PPRAMP):** Próxima reunião para o dia **23/01/2026**.

## 8. PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

### 8.1 Indicadores de Satisfação do Usuário

#### 8.1.1 Avaliação da Satisfação NPS



**Análise crítica:** No mês de **dezembro**, a unidade registrou **1.000 avaliações válidas de satisfação**, o que confere **robustez estatística** ao indicador analisado. Deste total, **89,80% dos usuários foram classificados como promotores (898 avaliações)**, **2,90% como neutros (29 avaliações)** e **7,30% como detratores (73 avaliações)**.

O resultado global posiciona o **NPS acima da meta contratual estabelecida de 85%**, confirmando que, mesmo em um cenário de maior variabilidade operacional

e aumento de demanda em alguns setores, a unidade **manteve padrão satisfatório de experiência do usuário**, alinhado aos parâmetros de qualidade exigidos contratualmente.

### **Interpretação do Desempenho**

Quando comparado ao mês de **novembro**, que apresentou **NPS de 94,05%**, observa-se **redução do índice em dezembro**, associada principalmente ao **aumento proporcional de usuários classificados como detratores**. Essa variação, embora relevante do ponto de vista gerencial, **não compromete o cumprimento da meta contratual**, tampouco descharacteriza o desempenho positivo da unidade.

O comportamento do indicador em dezembro pode estar relacionado a fatores típicos do período, tais como:

- maior volume assistencial e picos de demanda;
- sazonalidade clínica;
- maior tempo de permanência em determinados fluxos;
- aumento da pressão operacional sobre as equipes.

Ainda assim, o percentual de **promotores permanece elevado**, demonstrando que a maioria expressiva dos usuários reconhece a qualidade do atendimento, a organização do serviço e o cuidado prestado.

### **Análise Qualitativa do Indicador**

O aumento da taxa de **detratores (7,30%)**, embora ainda compatível com um NPS considerado bom/excelente no setor público de saúde, sinaliza **oportunidade**

de análise qualitativa mais aprofundada, especialmente nos critérios relacionados a:

- comunicação durante o atendimento;
- tempo de espera percebido;
- clareza das orientações no momento da alta;
- acolhimento em momentos de maior pressão assistencial.

A taxa reduzida de **neutros (2,90%)** indica polarização da percepção dos usuários, reforçando a importância de atuar sobre os fatores que geram insatisfação pontual, a fim de converter experiências negativas em avaliações positivas.

### **Posicionamento em Relação ao Setor de Saúde**

Mesmo com a redução observada em relação ao mês anterior, o desempenho de dezembro mantém a unidade **acima da média nacional dos serviços de saúde**, na qual índices de NPS entre **70% e 80%** já são considerados excelentes. O resultado obtido reforça o posicionamento da unidade em **patamar elevado de satisfação**, especialmente no contexto do atendimento público.

### **Síntese Gerencial**

- **Meta contratual (85%)**: atingida
- **Volume de avaliações**: elevado (1.000 respostas), garantindo confiabilidade do indicador

- **Promotores:** maioria expressiva, refletindo reconhecimento do serviço
- **Detratores:** número baixo, porém de grande relevância, como plano de ação será implementada uma planilha para buscar entender qual o motivo da má avaliação.

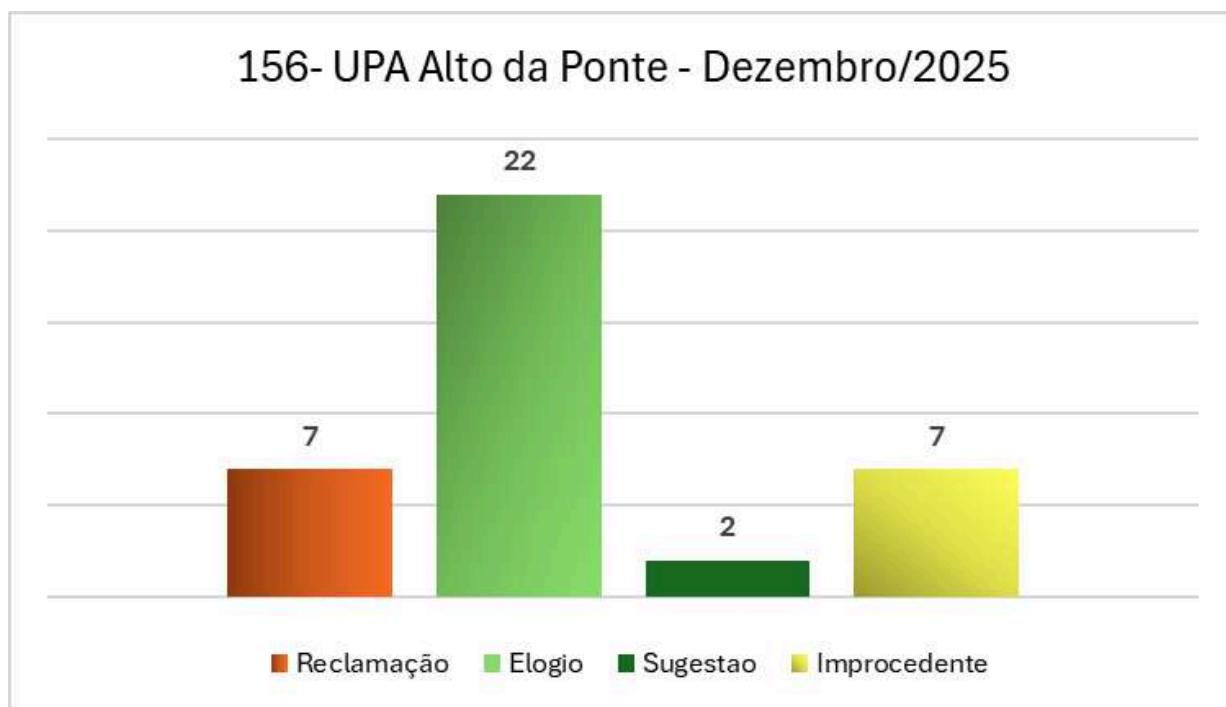
## Conclusão

A análise crítica do mês de **dezembro** demonstra que a unidade **permanece em conformidade com a meta contratual de satisfação**, com **NPS de 89,80%**, resultado compatível com um serviço de qualidade e centrado no paciente.

A redução em relação a novembro não caracteriza perda estrutural de qualidade, mas sinaliza a importância de **monitoramento contínuo do indicador**, análise sistemática dos motivos de insatisfação e **ações direcionadas nos pontos sensíveis da experiência do usuário**, especialmente em períodos de maior pressão assistencial.

A consistência do desempenho ao longo dos meses reforça a **maturidade da equipe**, a aderência aos princípios de **humanização, comunicação e qualidade preconizados pelo CEJAM**, e a capacidade da unidade de sustentar resultados positivos mesmo diante de variações operacionais.

#### **8.1.4 Ouvidoria Municipal - 156**



**Análise crítica:** No mês de **dezembro**, a unidade registrou **38 manifestações por meio do serviço 156**, representando aumento do volume total em relação a novembro (**21 manifestações**). Apesar do crescimento quantitativo, o dado mais relevante do período foi a **elevação histórica do número de elogios**, que atingiu **22 registros**, configurando o **maior patamar já alcançado pela unidade** desde o início do monitoramento do indicador.

A distribuição das manifestações foi a seguinte:

- **Elogios:** 22
- **Reclamações:** 7

- **Sugestões:** 2
- **Improcedentes:** 7

Esse cenário evidencia **predominância expressiva de manifestações positivas**, reforçando a consolidação da qualidade assistencial percebida pelos usuários e a maturidade dos fluxos implantados.

### **Análise dos Elogios**

Os **22 elogios registrados em dezembro** representam um marco institucional relevante e refletem a ampliação **do reconhecimento dos usuários** em relação ao atendimento prestado. Assim como observado em meses anteriores, os elogios concentraram-se majoritariamente:

- na **equipe médica**, destacada pela resolutividade, clareza nas explicações, segurança das condutas e postura humanizada;
- no **setor de observação**, com menções frequentes à organização do ambiente, vigilância contínua, acompanhamento próximo e integração entre os turnos;
- na **atuação da enfermagem e equipes de apoio**, reconhecidas pela atenção constante, empatia e cuidado durante a permanência do paciente.

A elevação expressiva dos elogios indica **fortalecimento da relação de confiança entre a unidade e a população usuária**, além de refletir a consolidação das práticas de comunicação, acolhimento e humanização ao longo do atendimento.

## Reclamações e Tratativa Institucional

As **7 reclamações** registradas foram analisadas individualmente pelo **Serviço de Atendimento ao Usuário (SAU)**, com devolutiva formalizada a todos os demandantes. Os temas permaneceram alinhados aos observados em meses anteriores, envolvendo principalmente:

- percepções sobre **tempo de espera**;
- dúvidas quanto aos **fluxos internos de atendimento**;
- questões relacionadas à **comunicação entre etapas assistenciais**.

Embora pontuais, tais manifestações seguem sendo consideradas **fontes relevantes de aprimoramento**, subsidiando ajustes operacionais e reforço das orientações às equipes.

## Manifestações Improcedentes

As **7 manifestações classificadas como improcedentes** referiram-se exclusivamente a **reclamações relacionadas ao não fornecimento de atestados médicos**. Após apuração, constatou-se que:

- a emissão de atestado médico configura **ato privativo do profissional médico**, dependente de **avaliação clínica individual**, não se tratando de decisão administrativa ou social;

Todos os usuários receberam esclarecimentos formais quanto aos **limites legais e técnicos** que regem a emissão de atestados, reforçando que a negativa não decorre de falha assistencial, mas de **observância às diretrizes médicas e normativas vigentes**.

Esses registros reforçam a necessidade permanente de **comunicação clara** com os usuários sobre direitos, deveres e limites legais do atendimento em serviços de urgência.

### **Comparativo com Novembro**

Em relação a novembro, observa-se em dezembro:

- **aumento significativo do volume total de manifestações;**
- **crescimento expressivo e histórico dos elogios** (de 11 para 22);
- **manutenção do número absoluto de reclamações** (7), diluídas proporcionalmente diante do aumento dos elogios;
- maior evidência da **satisfação do usuário**, mesmo em um mês caracterizado por maior variabilidade operacional.

Esse comportamento indica **evolução qualitativa da percepção do serviço**, com reforço do reconhecimento positivo sem aumento proporcional de queixas.

### **Conclusão**

A análise crítica do mês de **dezembro** demonstra **avanço significativo na relação da unidade com os usuários**, com destaque para o **recorde histórico**

**de elogios registrados pelo serviço 156.** A predominância de manifestações positivas confirma a **efetividade das práticas assistenciais, comunicacionais e humanizadas** implementadas pela unidade.

As reclamações e manifestações improcedentes, devidamente analisadas e respondidas, reforçam o papel do serviço 156 como **instrumento de transparência, diálogo e melhoria contínua**, além de evidenciar a importância da educação do usuário quanto aos fluxos e limites legais do atendimento.

O desafio institucional permanece centrado em **sustentar esse patamar elevado de reconhecimento**, transformar cada manifestação em oportunidade de aprimoramento e continuar valorizando as equipes que contribuem diretamente para a excelência assistencial alcançada.

## 9. COMISSÕES E COMITÊS

### 9.1 Comissão de Ética de Enfermagem

Para o cumprimento da seguinte Pauta:

1. Comunicações gerais
2. Temas Técnico-Assistenciais

#### 2.1. Manuseio e Programação de Infusão de Drogas Vasoativas e Sedoanalgesia

Foi discutida a necessidade de aprimoramento contínuo do treinamento diário da equipe técnica, com foco no manuseio seguro e na programação correta de drogas vasoativas e medicamentos utilizados em sedoanalgésia, administrados por meio de bombas de infusão, bem como no conhecimento, monitoramento e controle da estabilidade físico-química dessas medicações.

#### 2. Conduta e postura profissional

A comissão reforçou a importância do cumprimento do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, destacando postura, sigilo e responsabilidade profissional.

#### 3. Educação Permanente

Foram discutidas ações educativas e explicativas acerca do funcionamento e atribuições da Comissão de Ética. A equipe sugeriu a criação de um programa denominado "Tire suas Dúvidas", bem como a implementação de um portal de sugestões, com o objetivo de ampliar a comunicação, o esclarecimento de dúvidas e a participação dos profissionais.

#### 4. Demandas Administrativas da comissão



Foram atualizados os registros da CEE, revisada a organização documental e discutidos o planejamento das próximas reuniões. Também foram distribuídas responsabilidades entre os membros presentes, visando otimizar a atuação da comissão.

Nada a mais havendo a tratar a secretária agradeceu a presença dos membros e encerrou a reunião às 08 horas. Eu Valdirene Ribeiro da Silva, lavrei a presente ata, que será assinada por mim e pelos demais presentes

## 9.2 Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio (CIPA-A)

		PREFEITURA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
<b>PRÓ MEMÓRIA</b>		
<b>DATA</b>	15/12/2025	
<b>LOCAL</b>	UPA Alto da Ponte	
<b>ASSUNTO</b>	Reunião Ordinária da CIPA	
<b>1. PAUTAS ABORDADAS</b>		
a. Uso nas áreas assistencial e manutenção; b. Uso de adornos		
<b>Desenvolvimento:</b>		
<p>A reunião teve como pauta principal a discussão referente ao <b>uso de adornos nas áreas da UPA e à constatação de falta de utilização correta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) pelo setor de manutenção.</b></p> <p>Inicialmente, foi abordado o tema <b>uso de adornos</b>, tendo sido reforçado que permanece <b>terminantemente proibido</b> o uso de anéis, alianças, pulseiras, relógios, colares, brincos, piercings aparentes, cordões, crachás pendulares e outros adornos pessoais nas áreas assistenciais e demais dependências da UPA onde haja risco biológico ou risco de acidentes de trabalho. Foi destacado que tais objetos dificultam a higienização adequada das mãos, favorecem contaminação cruzada, podem romper luvas, acumular sujidades e oferecer risco de enroscamento em equipamentos, representando perigo tanto aos trabalhadores quanto aos pacientes.</p> <p>Os membros da CIPA destacaram que a proibição está alinhada às boas práticas de biossegurança e à legislação vigente, e que o descumprimento desta orientação configura <b>conduta insegura</b>. Ficou definido que a gestão e chefias imediatas deverão reforçar as orientações junto às equipes e intervir nos casos observados.</p> <p>Na sequência, foi discutida a <b>falta de uso correto de EPIs pelo setor de manutenção</b>. Foram relatadas situações em que trabalhadores desempenharam atividades sem a devida utilização de luvas, óculos de proteção, calçados de segurança, capacete, proteção facial ou outros EPIs compatíveis com os riscos específicos. Ressaltou-se que tal prática aumenta o risco de acidentes, inclusive choques elétricos, quedas, queimaduras e lesões graves, caracterizando descumprimento às normas de segurança do trabalho.</p> <p>Ficou deliberado que o setor de manutenção deverá <b>utilizar rigorosamente os EPIs previstos para cada atividade</b>, sendo responsabilidade da empresa o fornecimento adequado e em condições de uso, bem como o treinamento quanto à correta utilização, guarda e conservação. Também foi definido que a CIPA realizará <b>inspeções periódicas</b> e registrará as não conformidades observadas, comunicando-as formalmente à gestão para providências.</p> <p>Após as discussões, deliberou-se ainda pela realização de <b>campanha educativa interna</b> sobre o não uso de adornos na UPA e sobre o <b>uso obrigatório de EPIs</b>, incluindo afixação de cartazes, orientações em DDS e reforço nos treinamentos de integração e reciclagem. Em casos de</p>		
Classificação da Informação: Uso Interno FORADM.CEGISS.QA.004.001		
Pág. 1 de 3		



### PRÓ MEMÓRIA

<b>DATA</b>	15/12/2025	<b>HORÁRIO</b>	08:00
<b>LOCAL</b>	UPA Alto da Ponte		
<b>ASSUNTO</b>	Reunião Ordinária da CIPA		

reincidência, ficou acordado que os fatos serão encaminhados às instâncias administrativas competentes.

#### DECISÕES

- c. **Manter a proibição do uso de adornos** nas áreas assistenciais e de risco da UPA.
- d. **Orientar e cobrar o cumprimento** da norma por todos os colaboradores.
- e. **Exigir o uso correto e completo de EPIs** pelos trabalhadores da manutenção.
- f. **Registrar não conformidades** relacionadas a adornos e EPIs durante inspeções da CIPA.
- g. **Comunicar formalmente às chefias** os casos de descumprimento observados.
- h. Em casos de **reincidência**, encaminhar o caso para medidas administrativas conforme regulamento interno.

#### 2. PLANO DE AÇÃO

Ação	Responsável	Prazo	Descrição	Indicador de Sucesso
Campanha interna sobre proibição de adornos	CIPA / Gestão da UPA	Imediato	Cartazes, comunicados	Campanha interna sobre proibição de adornos
Realização de DDS sobre uso de adornos e EPIs	Líderes de setor / CIPA	Contínuo	Lista de presença	Realização de DDS sobre uso de adornos e EPIs
Reforço nos treinamentos de integração e reciclagem	Educação Permanente / SESMT	Contínuo	Certificados/treinamentos	Reforço nos treinamentos de integração e reciclagem

### 9.3 Comissão de Núcleo de Segurança do Paciente

1. Na reunião da Comissão NSP, conduzida pelo Dr. Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, foi realizada a abertura com agradecimentos pela presença de todos e a declaração formal de início da reunião. Informamos que a enfermeira Eliane Alves Vitório não integra mais a equipe desta unidade, em razão de sua transferência para outra unidade de trabalho. Agradecemos à profissional pela dedicação, comprometimento e contribuição prestados durante o período em que esteve à frente das atividades. Comunicamos, ainda, o ingresso da enfermeira Karine Azarias Silva, que assume a função de Responsável Técnica (RT) de Enfermagem desta unidade, passando a responder pelas atividades técnicas e assistenciais do serviço de enfermagem.
2. Apresentado o Medicsys de nº 20251210105460, segue o caso: Paciente em tratamento com ceftriaxona, com esquema prescrito para 12 dias, recebeu, na presente data, dose duplicada do medicamento na 7ª administração. A técnica de enfermagem responsável comunicou o ocorrido imediatamente após a administração. Após o episódio, o paciente deixou a unidade acompanhado do filho.

O caso foi notificado via sistema Medicsys e avaliado pela enfermeira Juliana Ferreira, responsável pela Educação Continuada juntamente com RT médico Dr Rodrigo Bicalho, que informou que a situação analisada e todos os envolvidos foram capacitadas quanto ao devido preenchimento dos protocolos da unidade.

#### 3. Cronograma de capacitação referente ao mês de dezembro

- Integração de novos colaboradores;
- Capacitação dia mundial de luta contra a AIDS;
- Capacitação atendimento a pacientes vulneráveis;
- Capacitação protocolo de SEPSE;
- Capacitação sobre eletrocardiograma;
- Capacitação protocolo de SCA;
- Capacitação boas práticas em evolução e anotação de enfermagem;

Classificação da Informação: Uso Interno  
FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 1 de 4

- Capacitação para protocolo de AVC.
  - Capacitação protocolo de medicação em bólus;
- a) Encerramento da reunião com data agendada da próxima para o dia 28/01/2026.

**1. PLANO DE AÇÃO**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Capacitação sobre mês do combate e prevenção a Hanseníase	Enfermeiros Assistenciais	30 Dias	
Capacitação sobre Metas internacionais de segurança do paciente Meta 1	Enf. Ed. Cont. Juliana Ferreira	30 Dias	
Capacitação sobre PGRS	Tec. Seg. do Trab. Gabriel Camargo	30 Dias	
Capacitação sobre notificações: Elaboração de SINAM	Assitente social Ana CAroline	30 Dias	

 Classificação da Informação: Uso Interno  
 FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 2 de 4

Capacitação sobre Auditoria de três níveis	Tec. Seg. do Trab. Gabriel Camargo	30 Dias	
Capacitação sobre Anotação e evolução de enfermagem	Enf. Ed. Cont. Juliana Ferreira	30 Dias	
Capacitação sobre Protocolo de AVC	Enf. Ed. Cont. Juliana Ferreira	30 Dias	
Capacitação sobre MAV	RT Farm. Carolina Ferreira	30 Dias	

## 9.4 Comissão de Controle de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde

CEJAM		UPA24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	PREFEITURA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
<b>PRÓ MEMÓRIA</b>			
<b>DATA</b>	17/12/2025	<b>HORÁRIO</b>	09h15 às 10h00
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE		
<b>ASSUNTO</b>	ATA de Reunião CCIRAS N°34: Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Carolina de Fátima Ferreira, Fabiola Frias, Adriano de Almeida, Dyogo de Souza Bezerra, Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, Karine Azarias Silva e Joseane Vilas Boas França Rodrigues.		
<b>1. PAUTAS ABORDADAS</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Abertura da reunião com o Dr. Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos agradecendo a presença de todos, declarando aberta a reunião.</li> <li>b) Fica comunicado o ingresso da RT de enfermagem Karine Azarias Silva, o qual passa a compor, juntamente com os demais membros já designados, a Comissão de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – CCIRAS desta Unidade.</li> <li>c) Apresentação dos indicadores e monitoramentos referente ao mês de Novembro.                     <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de produtos para higienização das mãos;</li> <li>• Percentual de adequação a prática de higiene das mãos - 5 momentos;</li> <li>• Percentual de adequação a prática de higiene das mãos - categoria profissional;</li> <li>• Percentual de cumprimento ao protocolo da meta 5;</li> <li>• Percentual de adesão ao protocolo de prevenção de ITU;</li> <li>• Percentual de adesão ao protocolo de infecção da corrente sanguínea;</li> <li>• Percentual de reprocessamento de PPS -</li> <li>• Percentual de recoletas de material biológico;</li> <li>• Cobertura vacinal de profilaxia antirrábica humana pós exposição;</li> <li>• Cobertura vacinal de dupla Adulso pós trauma;</li> <li>• Monitoramento do percentual de casos suspeitos de dengue de acordo com resultado do NS1;</li> <li>• Monitoramento de casos suspeitos/confirmados de Covid-19;</li> <li>• Monitoramento de notificações compulsórias e notificações de agravos de interesse municipal;</li> </ul> </li> </ul>			

Classificação da Informação: Uso Interno  
FOR-DE-QA-TP-004.001

Pág. 1 de 5

	<b>UPA24h</b> UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	 PREFEITURA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
<b>PRÓ MEMÓRIA</b>		
<b>DATA</b> 17/12/2025	<b>HORÁRIO</b> 09h15 às 10h00	
<b>LOCAL</b> UPA ALTO DA PONTE		
<b>ASSUNTO</b> ATA de Reunião CCIRAS Nº34: Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Carolina de Fátima Ferreira, Fabíola Frias, Adriano de Almeida, Dyogo de Souza Bezerra, Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, Karine Azarias Silva e Joseane Vilas Boas Frância Rodrigues.		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Monitoramento de casos de DDA - Doenças Diarreicas Agudas;</li><li>• Percentual de recoletas de material biológicos;</li><li>• Percentual de adesão ao protocolo de antibioticoterapia;</li><li>• Monitoramento de casos de DDA - Desfecho UBS.</li></ul>		
d) Aguardando aprovação da sede quanto ao Protocolo do fluxo de RT PCR - sorologia para confirmação de exames de arbovíroses;		
e) Aguardando aprovação da sede quanto ao protocolo de Antimicrobianos da unidade, pelo RT médico, RT farmacia e SCIRAS, conforme o Remunime do município;		
f) Foi realizada capacitação sobre o uso correto dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), abordando a importância da paramentação e desparamentação adequada, conforme o risco assistencial, visando à prevenção de acidentes ocupacionais e infecções relacionadas à assistência à saúde. Também foram realizadas orientações sobre o tabagismo, destacando seus impactos negativos à saúde, riscos do tabagismo ativo e passivo, e a importância das ações de promoção da saúde e incentivo à cessação do hábito de fumar;		
g) Abordou-se a importância do uso racional de antimicrobianos, enfatizando a prescrição adequada, o tempo correto de tratamento e os riscos relacionados ao uso indiscriminado, como resistência bacteriana, eventos adversos e aumento do tempo de internação. Reforçou-se o papel da equipe multiprofissional na adesão às diretrizes institucionais.		
h) Foi realizada ação para os municípios, educando em alusão à luta contra a AIDS, com orientações sobre prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, redução do estigma e importância da testagem. Destacou-se o papel dos profissionais de saúde na orientação aos usuários e na promoção do cuidado integral;		



 <b>CEJAM</b>	<b>UPA24h</b> <small>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</small>	 <b>PREFEITURA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS</b>	
<b>PRÓ MEMÓRIA</b>			
<b>DATA</b>	<b>HORÁRIO</b>	17/12/2025      09h15 às 10h00	
<b>LOCAL</b>	<b>ASSUNTO</b> ATA de Reunião CCIRAS Nº34: Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Carolina de Fátima Ferreira, Fabiola Frias, Adriano de Almeida, Dyogo de Souza Bezerra, Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, Karine Azarias Silva e Joseane Vilas Boas França Rodrigues.		
<p>i) Foi realizada capacitação sobre o correto preenchimento do protocolo de sepse, reforçando a identificação precoce dos sinais e sintomas, a importância do registro adequado no prontuário e o cumprimento dos tempos estabelecidos para início das medidas terapêuticas, visando à redução da morbimortalidade;</p> <p>j) Foram apresentadas orientações sobre a aplicação do monitoramento do uso de antimicrobianos, com foco no correto preenchimento dos formulários, acompanhamento das prescrições e análise dos indicadores, visando à segurança do paciente e à melhoria contínua da qualidade assistencial.</p> <p>k) Declaramos a reunião encerrada.</p>			
<b>PLANO DE AÇÃO</b>			
AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Protocolo do fluxo de exames de RT PCR e sorologia para confirmação de exames de arbovíroses.	Enf. Joseane Vilas Boas França Rodrigues SCIRAS	Concluído	Aguardando aprovação da sede
Protocolo de antibioticoterapia	Dr Rodrigo	Concluído	Aguardando aprovação da sede
Protocolo de Vacina	SCIRAS Joseane		Em andamento
Capacitação sobre EPIs e tabagismo	T.S.T Gabriel	6 e 7 de Novembro	Concluído
Capacitação sobre uso racional de antimicrobiano	RT Farmacia Carolina	26 e 27 de Novembro	Concluído

Classificação da Informação: Uso Interno  
FOR/DE/QA/TR/004.001

Pág. 3 de 5

	 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	 PREFEITURA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	
<b>PRÓ MEMÓRIA</b>			
DATA	17/12/2025	HORÁRIO	
09h15 às 10h00			
<b>LOCAL</b> UPA ALTO DA PONTE			
<b>ASSUNTO</b> ATA de Reunião CCIRAS Nº34: Integrantes: Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dra Alessandra de Oliveira, Carolina de Fátima Ferreira, Fabiola Frias, Adriano de Almeida, Dyogo de Souza Bezerra, Juliana Nazaré de Rezende Ferreira, Karine Azarias Silva e Joseane Vilas Boas França Rodrigues.			
Conscientização sobre a luta contra AIDS	Enfermeiros Assistenciais	01 e 02 de Dezembro	Concluído
Capacitação do preenchimento do protocolo de sepse	Enfermeira clínica Patricia Freire	08 e 09 de Dezembro	Concluído
Aplicação do monitoramento de antimicrobianos	SCIRAS Joseane	30 dias	Concluído



## 9.5 Comissão de Farmácia e Terapêutica


**UPA24h**  
 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
 
 PREFEITURA  
 SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

---

**PRÓ MEMÓRIA**

DATA	23/12/2025	HORÁRIO	10h00 às 11h30
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE		
ASSUNTO	ANTIBIOTICOTERAPIA		

---

**1. PAUTAS ABORDADAS**

Alinhamento e avaliação da primeira semana de utilização da Ficha de Acompanhamento da Antibioticoterapia, com discussão dos fluxos, adesão das equipes e ajustes necessários.

**2. Objetivo**

Garantir a correta utilização da Ficha de Acompanhamento da Antibioticoterapia, promovendo o uso racional de antimicrobianos, a segurança do paciente e a padronização do processo assistencial.

**3. Situação Atual**

Início da utilização da ficha na unidade, com necessidade de alinhamento dos fluxos, esclarecimento de responsabilidades e ajustes operacionais identificados na primeira semana de uso.

**4. Ações Propostas**

Ação	Responsável	Prazo
Alinhar com a equipe médica e de enfermagem o correto preenchimento da ficha	Farmácia / Coordenação Assistencial	Curto prazo
Reforçar a obrigatoriedade da ficha para uso de antibióticos conforme protocolo institucional	Coordenação Médica	Curto prazo

Pág. 1 de 3

---

UPA Alto da Ponte | Rua Alzíro Lebrão, 76 – Alto da Ponte, São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531 | (12) 3931-5213 | upaaltodaponte.sjc@cejam.org.br | [cejam.org.br](http://cejam.org.br)

	<b>UPA24h</b> UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	 PREFEITURA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS																			
<b>PRÓ MEMÓRIA</b>																					
DATA	23/12/2025	HORÁRIO	10h00 às 11h30																		
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE																				
ASSUNTO	ANTIBIOTICOTERAPIA																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Ação</th> <th style="width: 33%;">Responsável</th> <th style="width: 33%;">Prazo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Orientar sobre os campos obrigatórios (indicação, tempo de uso, reavaliação)</td> <td>Farmácia Clínica</td> <td>Curto prazo</td> </tr> <tr> <td>Monitorar diariamente as fichas preenchidas</td> <td>Farmácia</td> <td>Continuo</td> </tr> <tr> <td>Identificar falhas ou não conformidades no preenchimento</td> <td>Farmácia</td> <td>Continuo</td> </tr> <tr> <td>Apresentar os resultados e dificuldades à CFT</td> <td>Farmácia / CFT</td> <td>Próxima reunião</td> </tr> <tr> <td>Propor ajustes no fluxo, se necessário</td> <td>CFT</td> <td>Após avaliação</td> </tr> </tbody> </table>				Ação	Responsável	Prazo	Orientar sobre os campos obrigatórios (indicação, tempo de uso, reavaliação)	Farmácia Clínica	Curto prazo	Monitorar diariamente as fichas preenchidas	Farmácia	Continuo	Identificar falhas ou não conformidades no preenchimento	Farmácia	Continuo	Apresentar os resultados e dificuldades à CFT	Farmácia / CFT	Próxima reunião	Propor ajustes no fluxo, se necessário	CFT	Após avaliação
Ação	Responsável	Prazo																			
Orientar sobre os campos obrigatórios (indicação, tempo de uso, reavaliação)	Farmácia Clínica	Curto prazo																			
Monitorar diariamente as fichas preenchidas	Farmácia	Continuo																			
Identificar falhas ou não conformidades no preenchimento	Farmácia	Continuo																			
Apresentar os resultados e dificuldades à CFT	Farmácia / CFT	Próxima reunião																			
Propor ajustes no fluxo, se necessário	CFT	Após avaliação																			
<b>5. Indicadores de Acompanhamento</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentual de antibióticos com ficha preenchida</li> <li>• Conformidade no preenchimento dos campos obrigatórios</li> <li>• Número de intervenções farmacêuticas relacionadas à antibioticoterapia</li> </ul>																					
<b>6. Avaliação</b> <p>O plano será reavaliado em reunião da CFT após o período inicial de implantação, com definição de melhorias e possíveis adequações no processo.</p>																					
Pág. 2 de 3																					
UPA Alto da Ponte	Rua Alzirio Lebrão, 76 - Alto da Ponte, São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531	(12) 3931-5213 upaaaltodaponte.sj@cejam.org.br	cejam.org.br																		



## 9.6 Reunião Clínica


**UPA24h**  
 UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
 
 PREFEITURA  
 SÃO JOSÉ DOS CAMPOS

<b>PRÓ MEMÓRIA</b>		
<b>DATA</b>	30/12/2025	<b>HORÁRIO</b>
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE	
<b>ASSUNTO</b>	Reunião Clínica	

**1. PAUTAS ABORDADAS**

- a) Declarando aberta reunião, iniciamos a reunião.
- b) Na reunião, foi discutido o caso da paciente **Jacira dos Santos Silva**, com diagnóstico de **Síndrome Coronariana Aguda sem supradesnívelamento do segmento ST (SCA SSST)**. Conforme relato, a paciente possuía **agendamento prévio de cateterismo cardíaco** no Hospital Pio XII para as **07h00**. Havia prescrição médica de **enoxaparina (Clexane)** às **16h00** do dia anterior ao procedimento. No entanto, houve liberação de vaga para realização do exame às **16h00**, no mesmo dia da prescrição. A equipe de enfermagem realizou a administração do anticoagulante conforme prescrição vigente. Ressalta-se que, de acordo com o **protocolo assistencial do Hospital Pio XII**, o preparo para o exame de cateterismo cardíaco exige a **suspensão de anticoagulantes por, no mínimo, 24 horas antes do procedimento**. O ocorrido foi discutido com o médico plantonista e, posteriormente, a informação foi repassada à **Central de Regulação do hospital de destino**, que manteve a aceitação da vaga. Diante do exposto, foi reforçada à equipe a necessidade de que, **antes do encaminhamento de pacientes ao hospital de referência**, especialmente nos casos em que houver uso ou prescrição de **anticoagulantes**, seja realizado  **contato telefônico prévio com o Hospital Pio XII** para alinhamento das condutas. Destacou-se, ainda, a importância de **formalizar essa comunicação por meio de e-mail institucional**. As medidas propostas têm como objetivo **mitigar riscos assistenciais, garantir maior segurança ao paciente e assegurar melhor organização do fluxo assistencial** entre a unidade de origem e o hospital de referência.
- c) Foi discutido o caso da paciente **Maria Elena**, 80 anos, admitida em **21/12** com diagnóstico de **Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE)**. Durante a análise do atendimento, identificou-se **não conformidade com o protocolo assistencial institucional**, uma vez que a paciente **não foi encaminhada ao Hospital Municipal para realização de tomografia computadorizada de crânio**, conforme fluxo estabelecido para pacientes com TCE na faixa etária acima de 60 anos.

Classificação da Informação: Uso Interno  
FOR. DE.QA.TP.004.001

Pág. 1 de 4

---

UPA Alto da Ponte

Rua Alzira Lebrão, 76 – Alto da Ponte,  
São José dos Campos/SP – CEP: 12212-531

(12) 3631-5210  
upaaaldaponte.sj@cejam.org.br

cejam.org.br

**PRÓ MEMÓRIA**

<b>DATA</b>	30/12/2025	<b>HORÁRIO</b>	10h00 às 11h00
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE		
<b>ASSUNTO</b>	Reunião Clínica		

Ressaltou-se que, após **alta hospitalar sem a realização do exame de imagem**, a paciente **retornou para novo atendimento em período inferior a 24 horas**, fato que reforça a relevância do cumprimento rigoroso dos critérios de estratificação de risco e do fluxo assistencial preconizado. Diante do exposto, deliberou-se pela **necessidade de reciclagem, reforço e padronização do protocolo de atendimento ao paciente com TCE**, junto às **equipes médica e de enfermagem**, com o objetivo de **mitigar riscos assistenciais, prevenir recorrência de não conformidades e assegurar a segurança do paciente**.

d) Discutido o caso do paciente Gabriel Ferraz Schu, 15 anos, admitido na unidade em 20/12/2025, com quadro de reação alérgica após contato com formigueiro. Conforme relato assistencial, a prescrição médica inicial indicava epinefrina ½ ampola por via subcutânea. O enfermeiro responsável, ao identificar que se tratava de medicação de alta vigilância, procedeu corretamente ao solicitar o prontuário, que se encontrava sob responsabilidade da técnica de enfermagem, com a finalidade de realizar conferência da prescrição junto à médica assistente. Após a avaliação e esclarecimento do caso, a médica assistente alterou a via de administração da epinefrina para intramuscular, mantendo a mesma dosagem (½ ampola). Contudo, antes da comunicação formal da alteração da prescrição, a técnica de enfermagem realizou a administração do medicamento conforme a prescrição inicial (via subcutânea), sem aguardar a confirmação da nova orientação médica. Identificou-se, portanto, uma falha no processo de comunicação entre os profissionais da equipe de enfermagem, destacando-se a necessidade de maior clareza na orientação para aguardar a validação final da prescrição médica antes da administração de medicamentos, especialmente aqueles classificados como de alta vigilância. Ressalta-se que não houve prejuízo clínico ao paciente, considerando que ambas as vias de administração são reconhecidas como adequadas, diferenciando-se apenas quanto ao tempo de absorção do fármaco. Como medida de melhoria contínua da assistência, foi registrado que a técnica de enfermagem recebeu feedback orientativo no momento do ocorrido. Deliberou-se, ainda, pela realização de reunião educativa com a equipe de enfermagem, com o objetivo de reforçar os protocolos institucionais, a comunicação efetiva e a segurança do paciente, prevenindo a recorrência de eventos semelhantes.

Classificação da Informação: Uso Interno  
FOR-DE-QA-TP.004.001

Pág. 2 de 4

	<b>UPA24h</b> <small>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</small>	 PREFEITURA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS																
<b>PRÓ MEMÓRIA</b>																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">DATA</td> <td>30/12/2025</td> <td style="width: 20%;">HORÁRIO</td> <td>10h00 às 11h00</td> </tr> <tr> <td>LOCAL</td> <td colspan="3">UPA ALTO DA PONTE</td> </tr> <tr> <td>ASSUNTO</td> <td colspan="3">Reunião Clínica</td> </tr> </table>	DATA	30/12/2025	HORÁRIO	10h00 às 11h00	LOCAL	UPA ALTO DA PONTE			ASSUNTO	Reunião Clínica								
DATA	30/12/2025	HORÁRIO	10h00 às 11h00															
LOCAL	UPA ALTO DA PONTE																	
ASSUNTO	Reunião Clínica																	
<p>e) Paciente <b>João Carlos Cardoso Freire</b>, 31 anos, admitido em <b>21/12/2025</b>, com queixa de <b>dor precordial</b>. Possui antecedente de <b>infarto agudo do miocárdio (IAM)</b> em <b>2021</b>, com histórico de <b>implante de três stents coronarianos</b>. Após avaliação clínica e realização de exames laboratoriais, foi indicada a realização de <b>cateterismo cardíaco</b>. O paciente foi devidamente <b>inserido no Sistema CROSS</b>, com o objetivo de garantir a continuidade da assistência e a regulação do procedimento, enquanto permanecia na unidade de origem. O exame de cateterismo foi <b>agendado para o dia subsequente, às 07h00</b>, no <b>Hospital Pio XII</b>, com <b>vaga regulada pelo Sistema CROSS</b> na noite anterior para hospital Santa Casa. Durante o período noturno, o paciente manifestou <b>intenção de recusa da transferência</b> para a <b>UTI Coronariana da Santa Casa</b>, alegando que a vaga para o procedimento teria sido disponibilizada em outra instituição hospitalar. O paciente expressou desejo de permanecer na UPA (unidade de origem) até o encaminhamento direto para a realização do cateterismo. A situação foi <b>comunicada e discutida com a supervisão</b>, sendo esclarecido que, conforme os <b>fluxos assistenciais e critérios de regulação vigentes</b>, a <b>transferência para a unidade de destino regulada era mandatória</b>, independentemente do tempo de permanência do paciente até a realização do procedimento invasivo programado.</p> <p>f) Declaramos a reunião encerrada.</p>																		
<p><b>2. PLANO DE AÇÃO</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">AÇÃO</th> <th style="width: 25%;">RESPONSÁVEL</th> <th style="width: 25%;">PRAZO</th> <th style="width: 25%;">COMENTÁRIOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Taxa de retorno dos pacientes por complicações</td> <td>RT Médico</td> <td>7 dias</td> <td>Concluído</td> </tr> <tr> <td>Satisfação dos pacientes</td> <td>Gerente administrativo</td> <td>30 dias</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Indicador de custo do paciente</td> <td>RT Farmácia</td> <td>7 dias</td> <td>Concluído</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Classificação da Informação: Uso Interno FOR. DE.QA.TP.004.001</p> <p style="text-align: right;">Pág. 3 de 4</p>			AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS	Taxa de retorno dos pacientes por complicações	RT Médico	7 dias	Concluído	Satisfação dos pacientes	Gerente administrativo	30 dias		Indicador de custo do paciente	RT Farmácia	7 dias	Concluído
AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS															
Taxa de retorno dos pacientes por complicações	RT Médico	7 dias	Concluído															
Satisfação dos pacientes	Gerente administrativo	30 dias																
Indicador de custo do paciente	RT Farmácia	7 dias	Concluído															
UPA Alto da Ponte	Rua Alzira Lebrão, 76 - Alto da Ponte, São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531	(12) 3931-5216 upaaltodaponte@cejam.org.br	<a href="http://cejam.org.br">cejam.org.br</a>															



### PRÓ MEMÓRIA

<b>DATA</b>	30/12/2025	<b>HORÁRIO</b>	10h00 às 11h00
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE		
<b>ASSUNTO</b>	Reunião Clínica		

Mapeamento da via de administração da medicação

RT Farmácia

7 dias

Concluído



## 9.7 Reunião Técnica

		<b>UPA24h</b> <small>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</small>		 PREFEITURA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
<b>PRÓ MEMÓRIA</b>				
<b>DATA</b>	30/12/2025	<b>HORÁRIO</b>	11h00 às 12h00	
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE			
<b>ASSUNTO</b>	Reunião Técnica			
<b>1. PAUTAS ABORDADAS</b>				
<p>a) Declarando aberta reunião, iniciamos a reunião.</p> <p>b) A reunião técnica abordou pontos essenciais para a melhoria contínua dos processos assistenciais da unidade. Foi discutido o protocolo de antibioticoterapia, destacando-se que sua operacionalização no sistema está condicionada à liberação da ficha de antibiótico. Informou-se que essa etapa dependerá da conclusão do chamado registrado no sistema Salutem. Até que haja a devida liberação, o fluxo permanecerá sendo executado de forma manual, com monitoramento contínuo dos quantitativos, não sendo identificadas, até o momento, repercussões negativas na assistência prestada ou nos indicadores institucionais.</p> <p>c) Foi registrado e discutido na reunião que foram identificadas inconsistências quanto à ausência de carimbo nos exames eletrocardiográficos realizados, tanto pela equipe médica quanto pela equipe de enfermagem. Ressaltou-se a necessidade de reorientação de todos os profissionais envolvidos, reforçando que a validação adequada dos exames é imprescindível para assegurar a prestação de assistência de qualidade e em tempo hábil frente a eventuais alterações clínicas dos pacientes.</p> <p>d) A farmacêutica Carolina informou que está em andamento a padronização dos novos carrinhos de emergência, que passarão a conter medicamentos destinados a pacientes adultos e pediátricos. A padronização é essencial para otimizar o atendimento de urgência e emergência, garantindo maior segurança, agilidade e efetividade na administração de medicamentos.</p> <p>e) Agradecendo a presença de todos, finalizamos a reunião.</p>				
<b>2. PLANO DE AÇÃO</b>				
AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS	
Classificação da Informação: Uso Interno <small>FOR-DE-QA-TP-004-001</small>				
Pág. 1 de 2				
UPA Alto da Ponte	Rua Afonso Lebreto, 76 - Alto da Ponte, São José dos Campos/SP - CEP: 12222-031	(12) 3931-5210 <a href="mailto:upaaaltadaponte@cejam.org.br">upaaaltadaponte@cejam.org.br</a>	<a href="http://cejam.org.br">cejam.org.br</a>	

		PREFEITURA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS													
<b>PRÓ MEMÓRIA</b>															
<b>DATA</b>	30/12/2025	<b>HORÁRIO</b>	11h00 às 12h00												
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE														
<b>ASSUNTO</b>	Reunião Técnica														
<table border="1"><tr><td>Implantação da ficha de antimicrobianos no sistema Salutem</td><td>CCIRAS</td><td>30 dias</td><td></td></tr><tr><td>Validação em 100% dos eletros realizados na unidade</td><td>Dr Rodrigo</td><td>30 dias</td><td></td></tr><tr><td>Padronização de carrinhos de emergência</td><td>Carolina</td><td>30 dias</td><td></td></tr></table>				Implantação da ficha de antimicrobianos no sistema Salutem	CCIRAS	30 dias		Validação em 100% dos eletros realizados na unidade	Dr Rodrigo	30 dias		Padronização de carrinhos de emergência	Carolina	30 dias	
Implantação da ficha de antimicrobianos no sistema Salutem	CCIRAS	30 dias													
Validação em 100% dos eletros realizados na unidade	Dr Rodrigo	30 dias													
Padronização de carrinhos de emergência	Carolina	30 dias													

## 9.8 Comissão de Humanização

		 PREFEITURA SÃO JOSÉ DOS CAMPOS
<b>PRÓ MEMÓRIA</b>		
<b>DATA</b>	19/12/2025	
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO	
<b>ASSUNTO</b>	ATA de humanização Nº 09.	
<b>1. PAUTAS ABORDADAS:</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>❖ A assistente social <b>Ana Carolina</b> iniciou a reunião agradecendo a presença e o apoio dos membros durante o período em que conduziu as atividades de forma individual.</li><li>❖ Em seguida, foi apresentada aos participantes a simbologia das cores representativas de cada mês, com destaque para o mês de <b>janeiro</b>, que será trabalhado dentro da campanha <b>Janeiro Branco</b>.</li><li>❖ Após as contribuições dos membros, ficou definido que o <b>Painel de Humanização</b> será decorado com a temática do Janeiro Branco, incluindo a disponibilização de uma <b>caixa de inspiração</b> com frases motivacionais.</li><li>❖ Também foi pactuada a realização de <b>momentos de descompressão</b>, duas vezes por semana, nos períodos <b>matutino e noturno</b>.</li><li>❖ Além disso, serão afixados <b>cartazes informativos</b> na unidade, e o <b>Serviço Social</b> realizará orientações e conversas com os pacientes sobre a temática abordada.</li></ul>		
<b>2. Ao final das discussões, foi realizada uma <b>confraternização de encerramento de ano</b> entre os membros da comissão.</b>		
Classificação da Informação: Uso Interno FOR.DE.QA.TP.004.001		
Pág. 1 de 5		
UPA Alto da Ponte	Rua Alziró Lebrão, 76 - Alto da Ponte, São José dos Campos/SP - CEP: 12212-531	(12) 3931-5213 upaaltodaponte.sjc@cejam.org.br
		cejam.org.br


**PRÓ MEMÓRIA**

<b>DATA</b>	19/12/2025	<b>HORÁRIO</b>	08h00 às 09h00
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE/AUDITÓRIO		
<b>ASSUNTO</b>	ATA de humanização Nº 09.		

**PLANO DE AÇÃO**

AÇÃO	RESPONSÁVEL	PRAZO	COMENTÁRIOS
Implantação da sala do afeto	Gerente Dyogo Bezerra	120 dias	Pendente
Decoração Janeiro Branco	Ana Carolina/ Thaís/ Bruna/ Fabilene/ Mayara	08/01/2026	Pendente
Momento de descompressão	Fabilene/ Ana Carolina	12/01/2026	Pendente
Orientação e conversas com pacientes	Serviço Social	30 dias	Pendente

 Classificação da Informação: Uso Interno  
 FOR.DE.QA.TP.004.001

Pág. 2 de 5

## **9.9 Comissão de Verificação de Óbitos**

---

No mês de dezembro, não foi realizada a comissão de verificação de óbitos, por ela ser de caráter bimestral. A penúltima reunião foi realizada dia 12/11/2025, já a próxima reunião está agendada para o dia 12/01/2026.

## 9.10 Comissão de Bioética

### 1. PAUTAS ABORDADAS

- ✓ Abertura da Reunião
- ✓ Redefinição dos Cargos dos Integrantes da Comissão
- ✓ Fluxo – Ficha de Antimicrobianos
- ✓ Encerramento da Reunião

### 2. REDEFINIÇÃO DOS CARGOS DOS INTEGRANTES DA COMISSÃO

No dia 17/12/2025, Dr. Rodrigo Bicalho, às 15:00, dá a abertura à comissão de Bioética na unidade, ressaltando a troca dos integrantes da equipe. Comunicado à respeito da saída da Eliane Alves Vitório e a entrada da nova Vice Presidente: Karine Azarias Silva. Como também a saída do membro Gislaine Vaz e a entrada da Juliana Nazare de Rezende Ferreira.

### 3. FLUXO ANTIMICROBIANOS

O fluxo de antimicrobianos instaurado na unidade no dia 15/12/2025, tem como objetivo padronizar a prescrição de antibióticos frente aos CIDs mais prevalentes, garantindo maior segurança, eficácia terapêutica e uso racional desses medicamentos. A partir desse fluxo, é possível estratificar quais antibióticos são mais utilizados e quais diagnósticos demandam com maior frequência terapia antimicrobiana, permitindo melhor organização assistencial e tomada de decisão baseada em dados, além de verificar, acompanhar e garantir a adesão deste paciente frente a moléstia diagnosticada.

Além da padronização, o fluxo prevê o acompanhamento integral das prescrições, avaliando se o paciente realizou a adesão correta ao tratamento, se fez uso do antibiótico pelo período prescrito e se houve resposta clínica adequada. Esse monitoramento contínuo possibilita mensurar número de antibióticos prescritos, taxas de adesão, eficácia clínica e assertividade na escolha do antimicrobiano, contribuindo para a melhoria da qualidade assistencial.

Do ponto de vista da Bioética, o fluxo reforça princípios fundamentais como beneficência, ao buscar o melhor desfecho clínico; não maleficência, ao reduzir riscos de uso inadequado, eventos

adversos e resistência bacteriana; justiça, ao promover uso racional e equitativo dos recursos de saúde; e autonomia, ao incentivar orientação adequada ao paciente sobre o tratamento proposto. Dessa forma, o fluxo de antimicrobianos consolida-se como uma estratégia ética, responsável e alinhada às boas práticas assistenciais e à segurança do paciente.

### 4. Encerramento

Declarado, por final, pelo Dr. Rodrigo Bicalho, o fim desta reunião de bioética, após avaliação minuciosa da bioética do novo fluxo empregado. Agendado nova reunião para o dia 17/03/2026.

## 9.11 Comissão de Ética Médica

### 1. PAUTAS ABORDADAS

- ✓ Abertura da Reunião
- ✓ Verificação de demandas
- ✓ Agendamento da Próxima Reunião
- ✓ Encerramento da Reunião

### 2. RELATÓRIO DOS PROCESSOS

Dr. Flávio Taniguchi (Presidente da Comissão de Ética Médica), declara aberta a reunião, com os integrantes presentes. Diante ao exposto não houve nenhuma demanda e/ou intercorrências para serem levadas em pauta à Comissão competente no mês de outubro, novembro e dezembro, até o exato momento. Declaro também que a comissão em nenhum momento foi acionada perante o Conselho Federal de Medicina (CFM), órgão regulador responsável, para esclarecimentos. Sem nenhum ato ilegal médico ocorrido na unidade.

Próxima reunião será agendada dia 17/02/2026; todos integrantes cientes. Dito isso, declaramos nossa reunião de Comissão de Ética Médica encerrada.

## 9.12 Comissão de Radioproteção

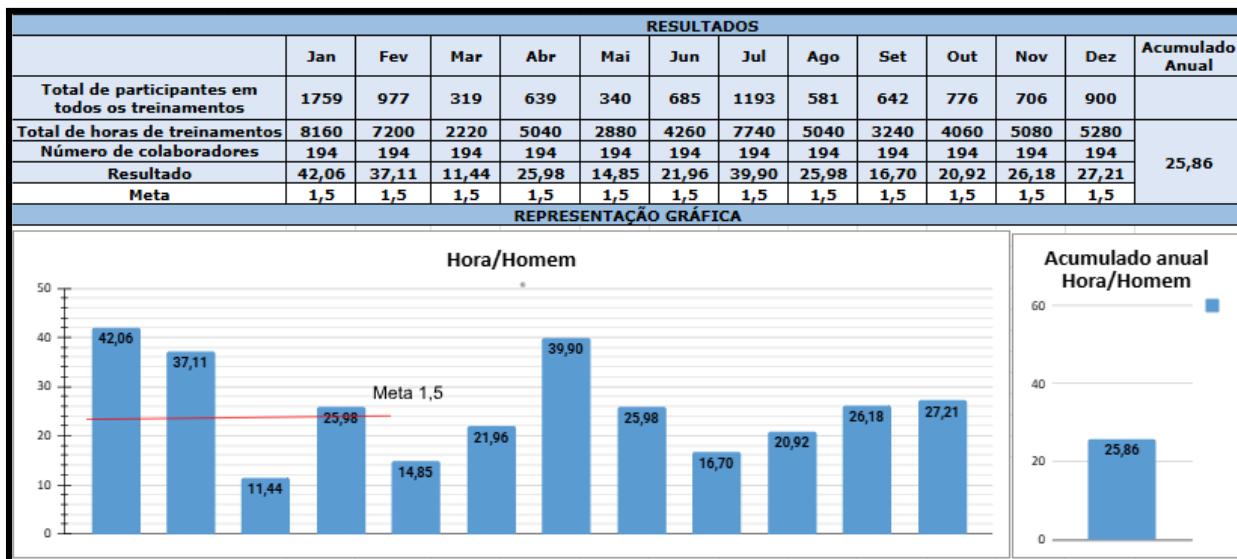
		 <small>UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO</small>	
<b>PRÓ MEMÓRIA COMISSÃO DE RADIOPROTEÇÃO</b>			
<b>DATA</b>	22/12/2025	<b>HORÁRIO</b>	14h00 às 15h00
<b>LOCAL</b>	UPA ALTO DA PONTE		
<b>ASSUNTO</b>	Ata de reunião de CRP (Comissão de Radioproteção) Nº01 Integrantes: André Luiz de Oliveira Prianti, Dr Rodrigo Ribeiro Bicalho dos Santos, Dyogo de Souza Bezerra, Gabriel Soares de Souza, Carolina de Fátima Ferreira, Joseane Villas Boas Franca Rodrigues, Gislaine Váz Rocha, Karine Azarias Silva.		
<b>1. PAUTAS ABORDADAS</b> <b>A-TREINAMENTO ON LINE COM OS COLABORADORES DO RX</b> <b>B-RENOVAÇÃO DO LEVANTAMENTO RADIOMÉTRICO</b> <b>C-MANUTENÇÃO PREVENTIVA DO CR.</b>			
<b>2. PLANO DE AÇÃO</b>			
<b>AÇÃO</b>	<b>RESPONSÁVEL</b>	<b>PRAZO</b>	<b>COMENTÁRIOS</b>
Tema Treinamento: Proteção Radiológica Paciente	André Prianti	30 dias	
Renovação do Levantamento Radiométrico	Dyogo Bezerra	30 dias	
Manutenção Preventiva do Cr	André Prianti	60 dias	

### **9.13 Comissão de Revisão de Prontuário**

A Comissão de Revisão de Prontuários possui caráter bimestral, portanto, a próxima reunião será 28/01/2026.

## 10. EDUCAÇÃO PERMANENTE

### 10.1 Indicador sobre participação em treinamentos / hora homem



**Análise Crítica:** A avaliação das ações educativas desenvolvidas no mês de dezembro de 2025 evidencia resultados relevantes e avanços consistentes na consolidação da educação permanente em saúde como elemento estruturante da cultura organizacional. A participação de 900 colaboradores reflete elevado nível de engajamento das equipes e demonstra o compromisso institucional com a qualificação profissional, a segurança do paciente e a excelência da assistência prestada.

Ao longo do período, foram realizadas 12 ações de capacitação, contemplando temas considerados estratégicos para o aprimoramento contínuo das práticas assistenciais. Entre os conteúdos abordados, destacam-se: integração institucional; Dia Mundial de Luta contra a AIDS; atendimento a pacientes em situação de vulnerabilidade; protocolo de sepse; realização de eletrocardiograma; protocolo de síndrome coronariana aguda (SCA); boas práticas em anotação e evolução de enfermagem; protocolo de acidente vascular cerebral (AVC), além das capacitações in loco, conduzidas diretamente nos setores assistenciais, favorecendo a aplicação prática do conhecimento.

Ressalta-se, ainda, o fortalecimento das ações voltadas à integração institucional e à padronização dos processos de trabalho, por meio de capacitações específicas sobre o Protocolo Documento Interno, orientações direcionadas aos campos de estágio e treinamentos realizados diretamente nas áreas assistenciais. Essas iniciativas contribuíram significativamente para a uniformização de condutas, o aprimoramento das práticas assistenciais e a melhoria da comunicação entre as equipes multiprofissionais, com impacto direto na segurança e na continuidade do cuidado.

No que se refere ao indicador de capacitação, o desempenho alcançado superou amplamente a meta estabelecida. Foram registradas 5.280 horas de treinamento, distribuídas entre 194 colaboradores efetivos, resultando em uma média de 27,21 horas/homem/mês, frente à meta institucional de 1,5 hora/homem/mês. Tal resultado evidencia o elevado nível de adesão às ações formativas e a efetividade das estratégias adotadas para mobilização e engajamento das equipes.

De forma geral, as ações implementadas ao longo do mês demonstram uma gestão consistente, comprometida e orientada para resultados, que reconhece o desenvolvimento das pessoas como eixo central de transformação institucional. A diversidade temática, a expressiva participação dos colaboradores e o desempenho superior às metas reforçam o papel estratégico da educação permanente como instrumento de qualificação da assistência, fortalecimento da cultura de segurança do paciente e promoção de um ambiente de trabalho mais colaborativo, seguro e qualificado.

RESULTADOS																								
	%	Fev	%	Mar	%	Abr	%	Mai	%	Jun	%	Jul	%	Ago	%	Set	%	Out	%	Nov	%	Dez	%	
ADMINISTRATIVO	45%	3	60%	9	100%	0	0%	6	60%	10	83,33%	6	60,00%	7	70%	21	87,50%	18	80%	5	45%	2	40%	
CONTROLADORES DE ACESSO	55%	8	66,66%	10	62,50%	9	37,50%	10	50%	10	66,66%	47	78,33%	20	83,33%	17	40,47%	15	83%	15	94%	6	38%	
ENFERMAGEM 35 ENF /78 TÉC	71%	80	70,79%	209	67,55%	576	81,35%	245	69,20%	524	85,71%	1193	81,21%	475	89,96%	551	84,76%	629	92%	550	83%	608	91%	
FARMÁCIA	50%	8	80%	17	62,50%	10	50,00%	15	57,69%	19	80,00%	48	61,53%	28	77,77%	19	73,07%	20	75%	22	50%	4	33%	
ASSISTENTE SOCIAL	0%	1	50%	2	50%	1	25%	1	25%	2	50%	5	50%	6	100%	15	87,05%	6	51%	3	100%	1	50%	
HIGIENE	41%	8	72,72%	10	62,50%	4	18,18%	22	100%	7	50%	41	93,18%	11	50%	6	50%	20	86%	14	100%	0	0%	
LABORATÓRIO	45%	5	56%	4	44,44%	6	33,33%	6	33,33%	9	50%	19	70,37%	7	77,77%	2	66,66%	6	68%	5	56%	0	0%	
CONCIERGE	0%	1	100%	2	100%	0	0%	0	0%	0	0%	4	100%	0	0%	2	100%	3	100%	1	100%	1	100%	
RADIOLOGIA	33%	2	25%	3	38%	2	12,50%	3	18,75%	0	0%	14	58,33%	1	12,50%	2	25%	5	71%	4	57%	0	0%	
MÉDICOS	36%	16	23,88%	9	13,23	3	100%	4	100%	17	82,35%	17	100%	5	71,42%	2	25%	22	82%	3	19%	14	21%	
SEGURANÇA DO TRABALHO	0%	1	100%	3	100%	1	100%	1	100%	0	0%	3	75%	1	100%	4	100%	3	100%	3	100%	1	100%	
VIGILANTE	0%	4	100%	4	50%	3	37,5	0	0%	2	66,66%	5	41,66%	1	25%	5	62,50%	4	59%	3	75%	6	38%	
T.I	0%	1	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	25%	1	100%	0	0%	0	0%	
RECEPÇÃO	53%	8	72,72%	10	76,92	4	18,18%	14	63,63%	9	69,23%	33	75%	11	50%	18	69,23%	16	52%	9	82%	8	80%	
INTEGRAÇÃO	100%	2	100%	5	100%	17	100%	7	100%	4	100%	6	100%	8	100%	4	100%	3	100%	3	100%	0	0%	

**Análise Crítica:** Durante o mês em análise, foram realizadas 12 ações educativas envolvendo palestras e capacitações técnicas, abrangendo temáticas amplas e de alta relevância para o aprimoramento das práticas assistenciais e da cultura organizacional. Os conteúdos abordaram desde questões clínicas e de segurança do paciente — como Dia Mundial de Luta contra a AIDS; atendimento a pacientes em situação de vulnerabilidade; protocolo de sepse; realização de eletrocardiograma; protocolo de síndrome coronariana aguda (SCA); boas práticas em anotação e evolução de enfermagem; protocolo de acidente vascular cerebral (AVC), além das capacitações in loco, conduzidas diretamente nos setores assistenciais.

Essa variedade de temas reforça o caráter abrangente e multidimensional das ações educativas, que contemplam tanto o aperfeiçoamento técnico e científico quanto o fortalecimento de uma assistência humanizada e centrada no cuidado integral.

Outro ponto de destaque foi a execução de capacitações voltadas à integração institucional, orientações sobre campos de estágio e treinamentos direcionados aos protocolos internos, como o *Protocolo Documento Interno* e as capacitações in loco. Essas iniciativas contribuem diretamente para a padronização dos processos assistenciais, o fortalecimento da cultura de segurança e o alinhamento das

equipes multiprofissionais, garantindo maior consistência, qualidade e coesão nas práticas institucionais.

O percentual de participação dos colaboradores variou de acordo com o público-alvo e os setores envolvidos. Entre os resultados, destacam-se:

- Enfermagem: 91%
- Recepção: 80%
- Segurança do Trabalho e Concierge: 100% de adesão.

As ações de capacitação estabelecem como meta mínima a participação de 80% dos colaboradores por departamento e, de modo geral, os resultados alcançados no período foram positivos e consistentes. Diversos setores ultrapassaram o índice preconizado, evidenciando o engajamento das equipes com o aprimoramento profissional e com o fortalecimento de uma cultura institucional de aprendizado contínuo.

Algumas áreas, como Serviço Social (50%), Administrativo (40%) e Controladores de Acesso e Vigilantes (38%), embora não tenham atingido integralmente a meta estabelecida, apresentaram percentuais próximos ao esperado e evolução significativa em comparação aos meses anteriores, demonstrando avanço progressivo e alinhamento com os objetivos institucionais.

Ressalta-se que fatores operacionais, como folgas programadas, afastamentos por motivos de saúde e períodos de férias, impactaram pontualmente os índices de participação, devendo tais aspectos ser considerados na análise global dos resultados.

De forma geral, os dados apontam avanços relevantes no envolvimento das equipes, confirmando a efetividade das estratégias de educação permanente adotadas e reforçando o papel das capacitações como instrumento essencial para o fortalecimento das práticas institucionais, da segurança do paciente e da qualidade da assistência prestada.

## 11. CAPACITAÇÕES, MELHORIAS E AÇÕES EM SAÚDE

**Dezembro 2025**  
**Decoração do UPA com a equipe da Humanização.**





### **Dia mundial de luta contra a AIDS Diurno A**



## Dia mundial de luta contra a AIDS Diurno B



## Capacitação atendimento prioritário a pessoas vulneráveis



*Colaboradores Período Diurno*





*Colaboradores Período Diurno*



*Colaboradores Período Diurno*



*Colaboradores período Diurno*

**Capacitação de Vulnerabilidade Social**  
*Colaboradores do Período Noturno*



**Capacitação de Vulnerabilidade Social**  
*Colaboradores Período noturno*



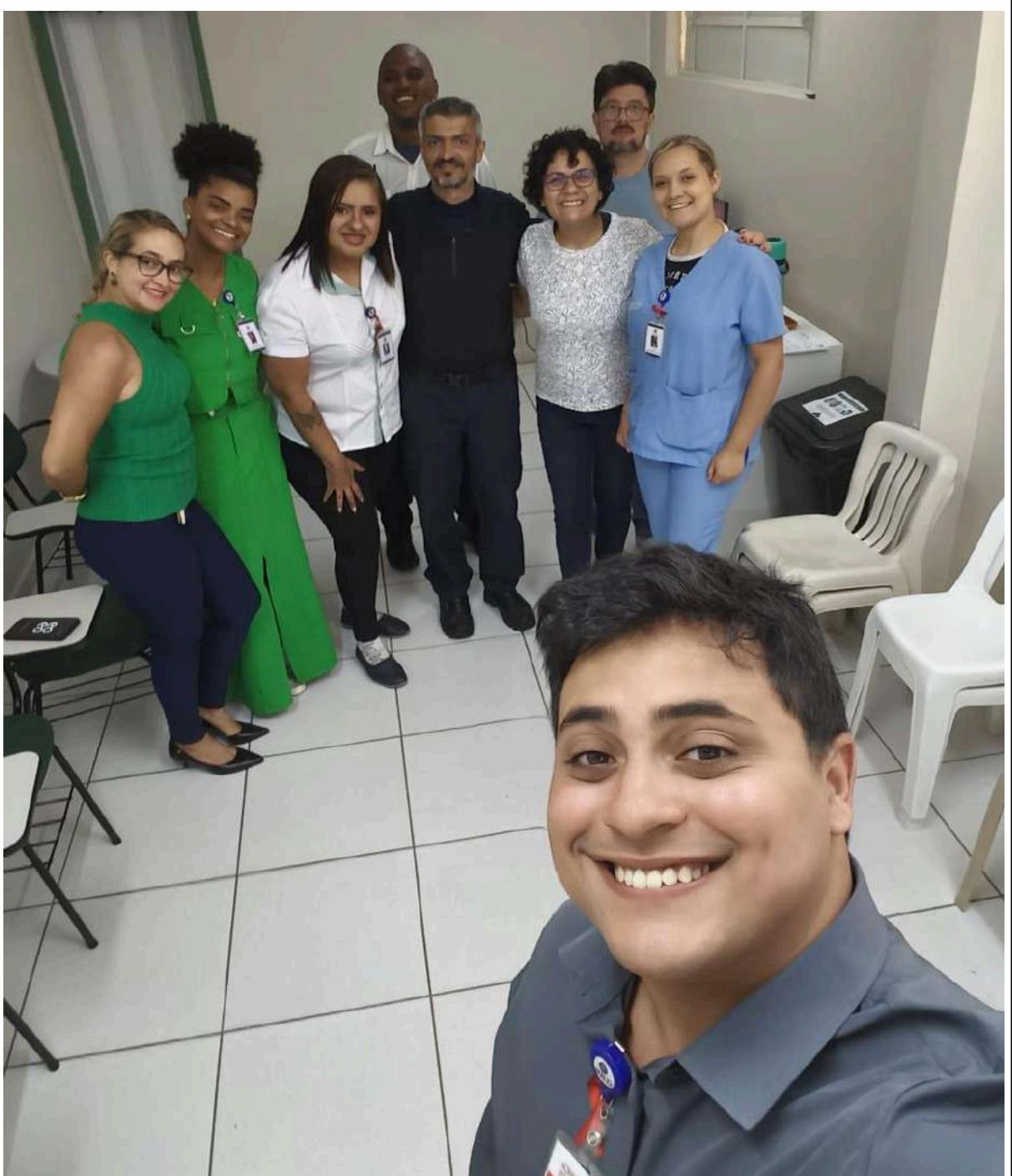
**Capacitação para boas práticas em Evolução e anotações de enfermagem.**  
*Equipe enfermagem Diurno*





**Capacitação para boas práticas em Evolução e anotações de enfermagem.**

### REUNIÃO DA CIPA



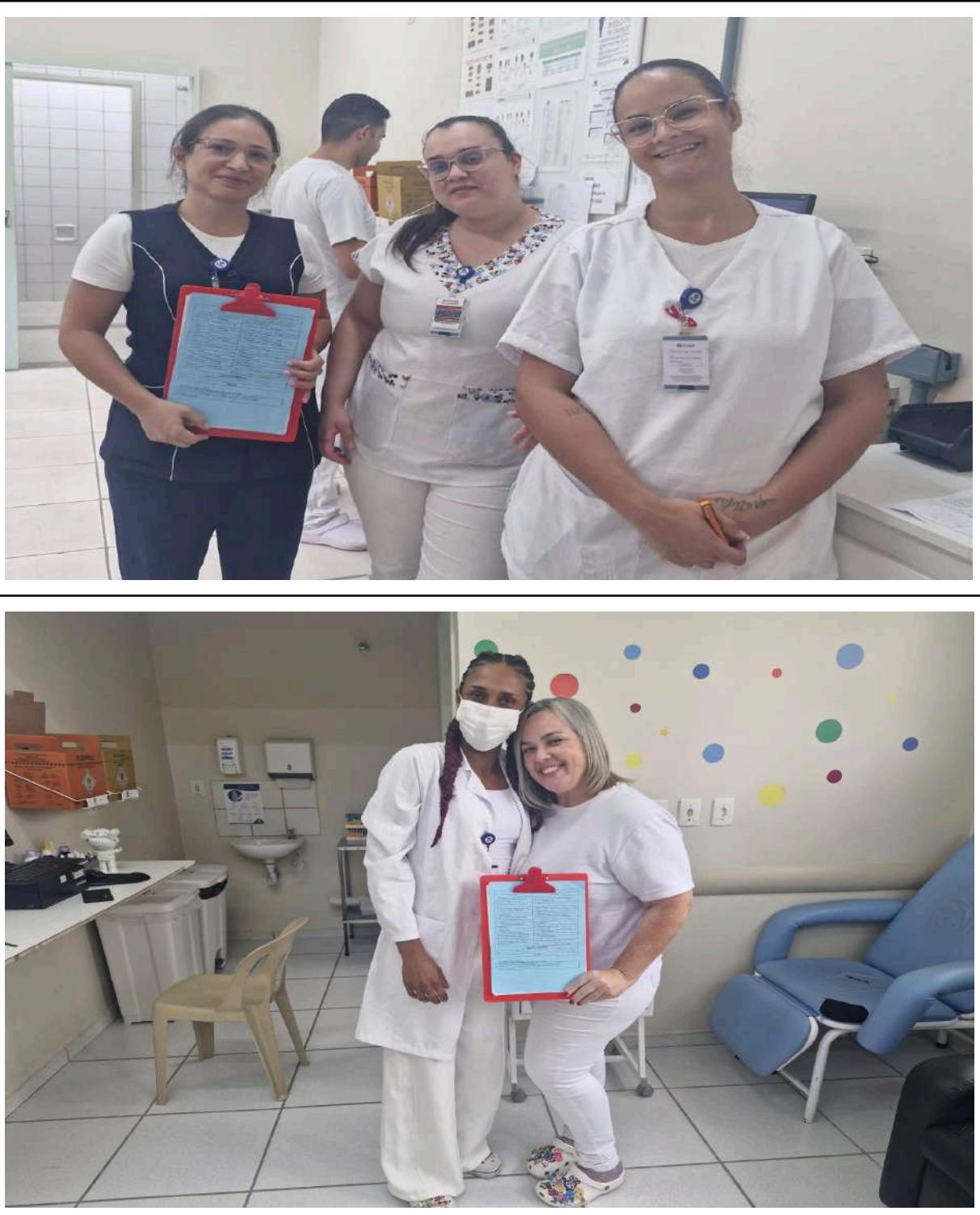
*Colaboradores período Diurno e Noturno*



*Colaboradores período Diurno e Noturno*

*Equipe enfermagem Noturno* **Capacitação protocolo de AVC**  
*Equipe Diurno*





**Ação de Natal UPA Alto da ponte**

*Ação de Natal Beneficente para as crianças dos bairros do entorno da unidade*













### **Reunião Técnica e Reunião Clínica**



### **Capacitação Eletrocardiograma**

*Colaboradores período Noturno*

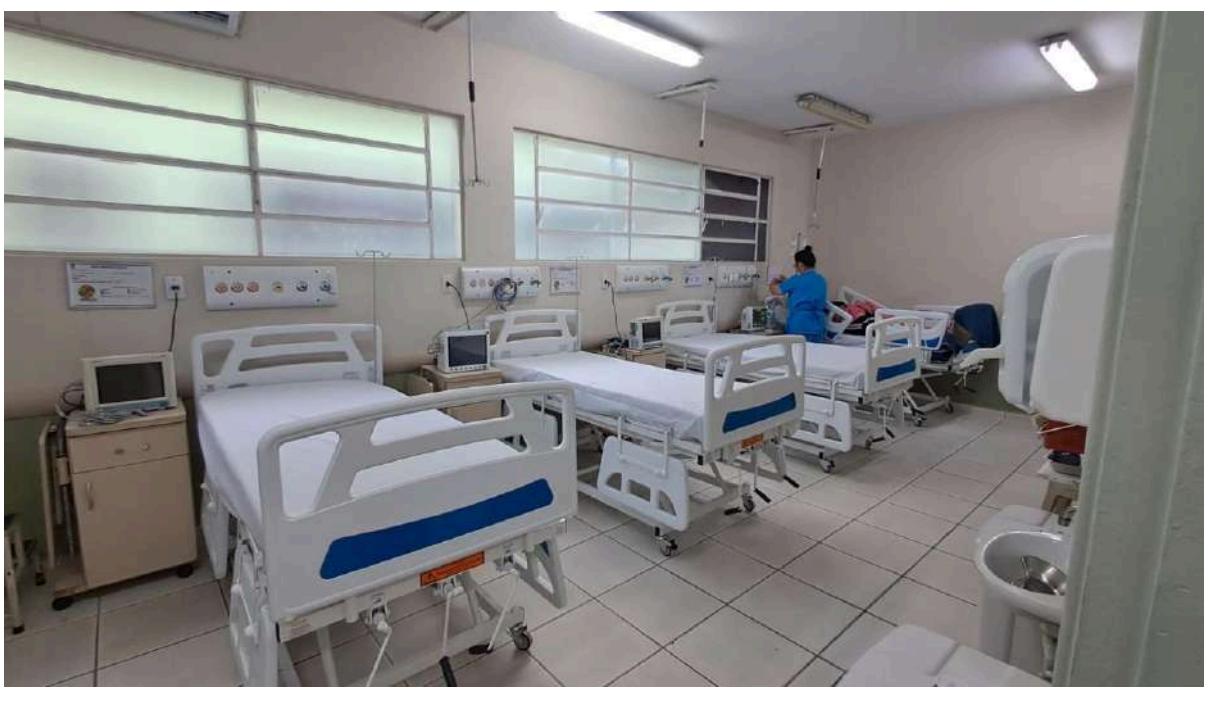




### **Capacitação Monitoramento de uso de Antimicrobiano**



*Colaboradores período Noturno*

**Recebimento de Mobiliários Novos**

**Poltronas novas**

### Carrinhos de Emergência



*Novos Carrinhos de Emergência*



*Novas Cadeira de Rodas para paciente obeso*



*Novas cadeira de Rodas para pacientes*



*Novas cadeiras fixa*

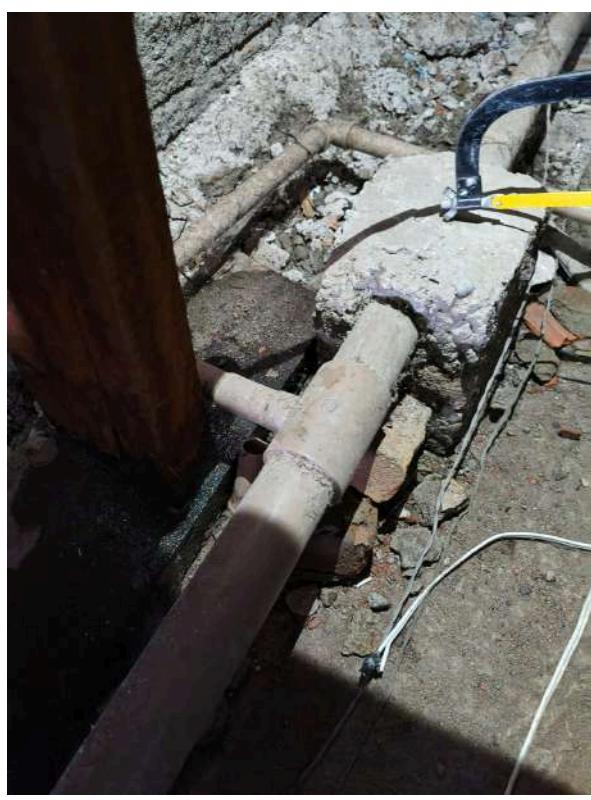
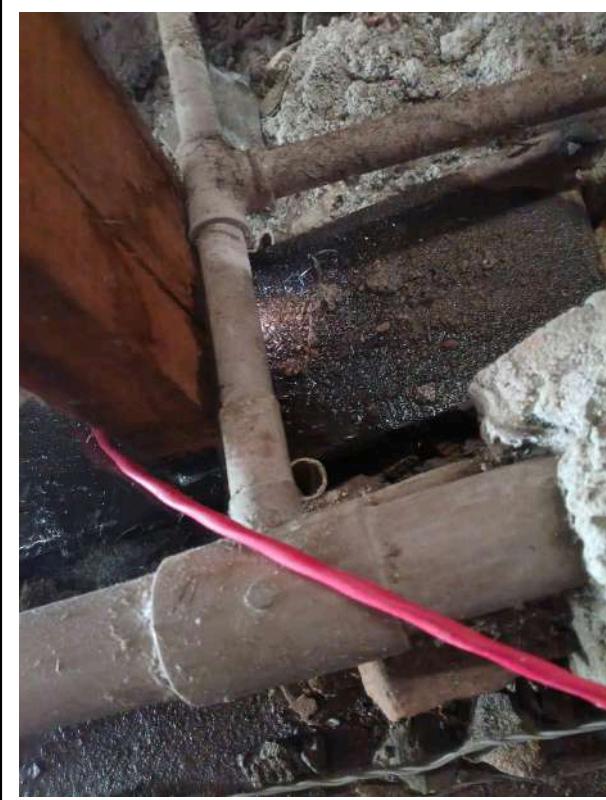
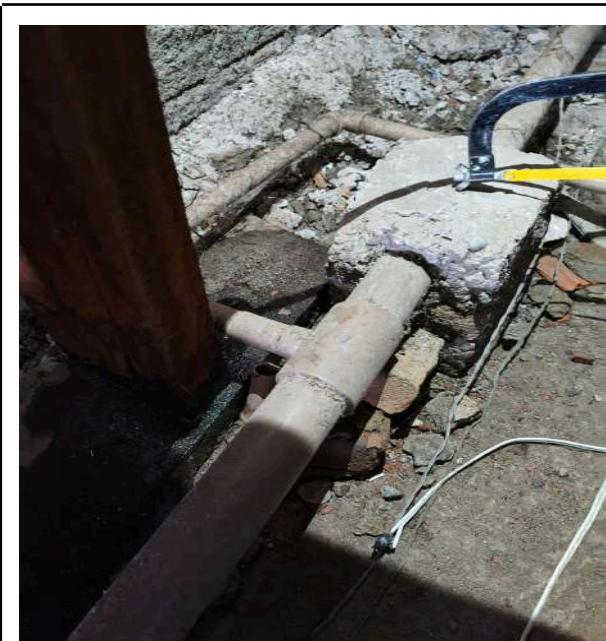
**Reunião de Humanização - Confraternização**



### Capacitação protocolos de SCA e SEPSE



### 11.1 Melhorias e Manutenção





*Troca de cano da tubulação acima telhado*



*Limpeza de Bueiro - Sabesp*







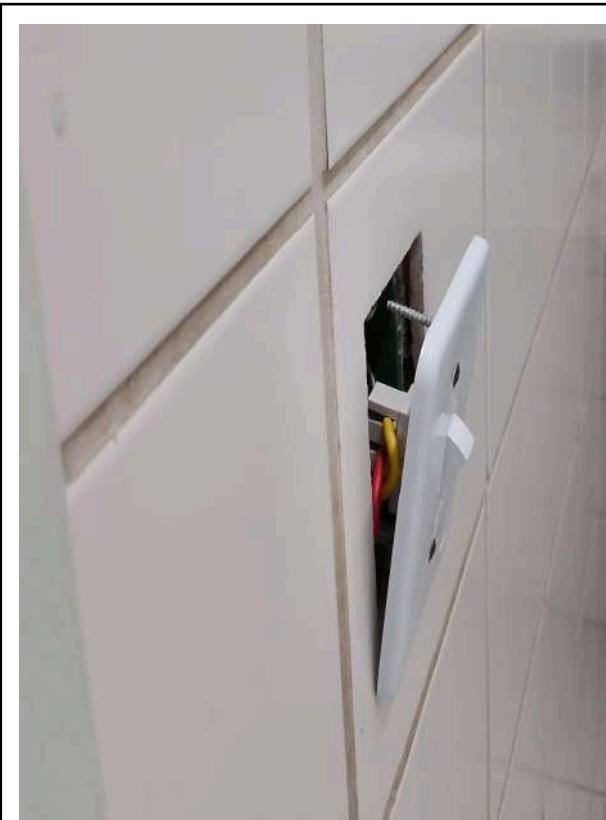






*manutenção de poltrona*

*Instalação de Ventilador -  
sala Engenharia*



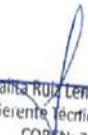




*Manutenção na mangueira do Bebedouro*

*Instalação de chuveiro - Recepção*

**Cordialmente,**



Thalita Ruiz Lemos da Rocha  
Gerente Técnica - CEJAM  
COREN: 217175

**THALITA RUIZ LEMOS DA ROCHA**  
**Gerente Técnico Regional**